



ESCUELA DE POSGRADOS, MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**Efecto del protocolo BATD-R aplicado en dos formatos de intervención administrados
secuencialmente en adultos con depresión en la ciudad de Bogotá**

Laura Natalya Pinzón Corredor

Dirigida por:

Javier Mauricio Bianchi Salguero

Asesor metodológico:

Carlos Eduardo Montoya

Bogotá, D.C.

2020

Agradezco a:

A mi familia por la ayuda brindada para culminar este sueño, Mis amigos, compañeros y docentes, ya apoyo no habría podido culminar este proceso.

TABLA DE CONTENIDO

Resumen, 1

Abstract, 2

Introducción, 3

Antecedentes teóricos y empíricos, 7

Tratamientos, 9

Activación conductual, 10

Intervenciones, 13

Online o telepsicología, 13

Grupales, 14

Activación Conductual para la Depresión (BATD-R y BATD-G), 16

Aspectos metodológicos, 18

Problema de investigación, 18

Objetivo, 19

Objetivo General, 19

Objetivos Específicos, 19

Método, 19

Tipo de estudio, 19

Muestra, 20

Variable independiente, 20

Variable dependiente, 21

Hipótesis, 23

Instrumentos, 24

Cuestionario de datos sociodemográficos, 24

Formato de monitoreo diario, 24

Environmental reward observation scale, 24

Escala auto aplicable de Zung para la depresión, 25

Escala de activación conductual para la depresión, 25

Depression Anxiety Stress Scales, 26

Procedimiento, 27

Fase 1, selección de la muestra, 27

Fase 2, aplicación del protocolo BATD-G (presencial/grupal), 28

Fase 3, aplicación de escalas de medición, 28

Fase 4, aplicación del protocolo BATD-R (virtual/individual), 28

Fase 5, seguimiento del tratamiento, 28

Técnicas para el análisis de datos, 28

Análisis visuales, 29

Prueba Tau-U, 29

Pruebas de significancia clínica, 29

Consideraciones éticas, 30

Resultados, 32

Discusión, 49

Referencias, 54

Anexos, 70

LISTA DE TABLAS

TABLA 1 - Pruebas de hipótesis de las fases A, B, ST, B' y Seguimiento del sujeto 1. 35

TABLA 2 - Pruebas de hipótesis de las fases A, B, ST, B' y Seguimiento del sujeto 2. 36

TABLA 3 - Pruebas de hipótesis de las fases A, B, ST, B' y Seguimiento del sujeto 3. 37

TABLA 4 - Pruebas de hipótesis de las fases A, B, ST, B' y Seguimiento del sujeto 4. 38

TABLA 5 - Pruebas de hipótesis de las fases A, B, ST, B' y Seguimiento del sujeto 5. 39

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Comparación entre las fases A, B, Sin Tratamiento, B' y seguimiento de las conductas saludables de los cinco sujetos.	33
FIGURA 2 - Comparación entre las fases A, B, Sin Tratamiento, B' y seguimiento de las conductas depresivas de los cinco sujetos.	34
FIGURA 3 - Puntuaciones de las medidas Pre, Post G, Post I y Seguimiento en la escala Zung para la depresión de los cinco sujetos.	40
FIGURA 4 - Puntuaciones de las medidas Pre, Post G, Post I y Seguimiento en la EROS de los cinco sujetos.	41
FIGURA 5 - Comparaciones de las medidas Pre, Post G, Post I y Seguimiento del BADS de los cinco sujetos de la dimensión de <i>activación</i> .	42
FIGURA 6. - Comparaciones de las medidas Pre, Post G, Post I y Seguimiento del BADS de los cinco sujetos de la dimensión de <i>evitación</i> .	43
FIGURA 7 - Comparaciones de las medidas Pre, Post G, Post I y Seguimiento del BADS de los cinco sujetos de la sub escala de <i>trabajo/escuela</i> .	44
FIGURA 8 - Comparaciones de las medidas Pre, Post G, Post I y Seguimiento del BADS de los cinco sujetos de la sub escala de <i>social</i> .	45
FIGURA 9 - Comparaciones de las medidas Pre, Post G, Post I y Seguimiento del DASS 21 de los cinco sujetos de la dimensión de <i>depresión</i> .	46
FIGURA 10 - Comparaciones de las medidas Pre, Post G, Post I y Seguimiento del DASS 21 de los cinco sujetos de la dimensión de <i>ansiedad</i> .	47
FIGURA 11 - Comparaciones de las medidas Pre, Post G, Post I y Seguimiento del DASS 21 de los cinco sujetos de la dimensión de <i>estrés</i> .	48

LISTA DE ABREVIATURAS

AC	Activación Conductual
ACT	Terapia de Aceptación y Compromiso
BATD	Tratamiento Breve de Activación Conductual para Depresión
BATD-G	Activación Conductual para la Depresión en formato Grupal
BATD-R	Activación Conductual para la Depresión en formato Individual
DASS 21	Depression Anxiety Stress Scales
DBT	Terapia Dialéctica Conductual
EROS	Environmental reward observation scale
NIMH	Instituto Nacional de Salud Mental
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PRE	Medida antes de iniciar la línea de base
POST G	Medida después de la intervención grupal y presencial
POST I	Medida al finalizar la intervención virtual e individual
ST	Sin tratamiento
TCC	Terapia Cognitiva Conductual

Resumen

El objetivo del estudio fue exponer la efectividad del Protocolo de Activación Conductual para Depresión en formato grupal (BATD-G) e individual (BATD-R), en un grupo de 5 personas con depresión. Se utilizó un estudio de caso único A-B-B' con seguimiento. Los instrumentos utilizados fueron Environmental Reward Observation Scale, el Behavioral Activation for Depression Scale, la Escala de Zung para depresión, el Depression Anxiety Stress Scales y el formulario de monitoreo de actividades diarias. Se evidenció la efectividad del protocolo en los dos formatos de intervención, en las comparaciones entre la línea de base y seguimiento, y la estabilidad del cambio en el seguimiento; un tamaño del efecto grande en relación con el no solapamiento de todos los pares en conductas saludables. Se concluyó la efectividad de la intervención en formato grupal e individual, sin presentar variaciones al cambiar formato y modalidad, afines con los referentes teóricos de la activación conductual.

Palabras clave: Activación conductual, depresión, intervención grupal e individual.

Abstract

The objective of the study was to expose the Behavioral Activation Protocol for Depression in group (BATD-G) and individual (BATD-R) format, in a group of 5 people with depression. A single case study A-B-B 'with follow-up was used. We used the Environmental Reward Observation Scale, the Behavioral Activation for Depression Scale, the Zung Scale for Depression, the Depression Anxiety Stress Scales and the Daily Monitoring formats to evaluate this. The effectiveness of the protocol was evident in the two intervention formats, in the comparisons between the baseline and follow-up, and stability of change in follow-up; a large effect size relative to the non-overlap of all pairs in healthy behaviors. The effectiveness of the intervention in group and individual format, without presenting variations when changing format and modality, related to the theoretical references of behavioral activation, was concluded

Keywords: Behavioral activation, depression, group and individual therapy.

Efecto del protocolo BATD-R aplicado en dos formatos de intervención administrados secuencialmente en adultos con depresión en la ciudad de Bogotá

La Organización Mundial de Salud (OMS, 2018) calcula que la depresión afecta a más de 300 millones de personas en el mundo, es la principal causa de discapacidad y es considerada como un trastorno de la modernidad en el área de la salud pública; se estima que el 12,5% de las personas padecen trastornos unipolares, con mayor prevalencia en mujeres (5,1%) que en hombres (3,6%), la presencia de estos trastornos se evidencia cada vez más en edades tempranas; se cree que el 75% se presenta antes de los 24 años y el 50% a los 14 años (Yerramilli & Bipeta, 2012).

Actualmente, la depresión es un problema de salud mental pública a nivel mundial, relacionado con factores sociales, económicos, laborales, ambientales y culturales en los que están inmersos las personas, estos elementos aumentan la probabilidad de presentar este trastorno. En Colombia, la depresión ocupa el quinto lugar de prevalencia en los trastornos mentales, el 13,3% representan trastornos del estado de ánimo, en edades entre 18 y 65 años (Posada, 2013), con prevalencia en estados depresivos. El Ministerio de Salud (2017) reportó el aumento de casos de depresión moderada y grave en adultos y menores de edad, principalmente en las zonas de Antioquia, Bogotá y Valle. Para el año 2003, en la ciudad de Bogotá las cifras de trastornos del estado de ánimo eran del 21,2% y los trastornos de ansiedad el 21,7% (Gómez et al., 2005).

El mayor riesgo que se evidencia a nivel nacional, es en grupos poblacionales con altos niveles de exposición a agentes de riesgo como: desempleo, desintegración social,

violación de derechos humanos, extrema pobreza, interrupción en etapas de escolarización en niños, niñas y adolescentes, traumas ocasionados por la violencia, desplazamiento, refugiados y en poblaciones indígenas (Vélez & Carrascal, 2017).

Adicionalmente, están las dificultades políticas en sector de la salud pública, ya que no hay cobertura suficiente para las necesidades actuales; los obstáculos en los altos costos en tratamientos médicos, bajos niveles de prioridad en la agenda nacional de salud pública, la falta de políticas enfocadas a la prevención y el manejo de trastornos depresivos, restricción en la prescripción de medicamentos, el bajo acceso a servicios de salud mental en los planes obligatorios y el limitado presupuesto económico (Üstün et al., 2004; Masís et al., 2010). La OMS (2015), corrobora las dificultades presupuestales en Colombia, al señalar que es uno de los países latinoamericanos que menos recursos económicos destina en el área de salud y se calcula que sólo el 0,08% del presupuesto total es destinado a este sector.

A nivel mundial, la apreciación sobre el servicio de salud pública es que, hay mayor cobertura y respuesta para las enfermedades físicas; mientras que, los trastornos mentales no han tenido el mismo avance y/o apoyo. Se estima que una de cada diez personas padece trastornos mentales y solo el 1% del personal sanitario a nivel mundial está capacitado para prestar el servicio en el área de salud mental (OMS, 2015).

Los niveles de percepción que hay sobre la atención recibida en los centros de salud en países como Brasil, Colombia, El Salvador, Jamaica, México y Panamá, refieren que el 40% han recibido “buena”, “muy buena” o “excelente” atención; el 26% describen que los médicos no dan explicaciones comprensibles, el 40% de los usuarios que reiteradamente

asisten a un mismo centro de salud refieren que los médicos no les dedican el tiempo suficiente, y el 36% mencionan que los médicos no revisan las prescripciones médicas, ni se explican los efectos secundarios de estas prescripciones (Soares, 2017).

Adicional a los factores previamente mencionados, se incluyen elementos derivados de la pandemia a nivel mundial ocasionada por el COVID-19, la cual ha generado afectaciones en los sectores económicos, políticos y sociales; entre ellos, se presentan las dificultades en el área de salud mental en relación con las medidas de confinamiento adoptadas a nivel mundial como estrategia para controlar los índices de contagio (Wind et al., 2020). El impacto a nivel psicológico se evidencia en dificultades en el sueño, alimentación, bajos estados de ánimo, irritabilidad, violencia doméstica, abuso de sustancias psicoactivas o incremento del consumo de alcohol, deterioro en redes de apoyo; e incremento en trastornos de ansiedad, depresión, estrés postraumático y comportamentales (Sihag & Kumar, 2020).

Ante la alta prevalencia de los trastornos depresivos y las dificultades asociadas, se ha generado una variedad de estrategias y protocolos de intervención para dar respuesta a estas necesidades; algunas estrategias son: tratamientos farmacológicos (Korman & Sarudiansky, 2011), terapias cognitivo conductuales (Hollon, Thase & Markowitz, 2002), Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, Strosahi & Wilson, 1999) y la Terapia de Activación Conductual (AC) (Ferster, 1973; Lewinsohn, 1974).

La AC llama la atención por ser un protocolo breve y estructurado, favorece la adherencia al tratamiento, es de fácil entrenamiento, ha mostrado evidencia favorable al ser suministrada por no especialistas (Ekers et al., 2014); la aplicación del protocolo puede ser

individual o grupal sin mayores diferencias en los resultados. Se han realizado investigaciones en formato individual en pacientes con cáncer (Hopko et al., 2005), adolescentes con historia de maltrato (Ruggiero et al., 2007), pacientes geriátricos (Snarski et al., 2011), personas con trastorno obsesivo compulsivo (Blakey et al., 2018), estudiantes universitarios con sintomatología depresiva (Reyes, Uribe & Bianchi, 2019), y en estudiantes universitarios con depresión moderada (Gawrysiak, Nicholas & Hopko, 2009).

Las Investigaciones en formato grupal son personas diagnosticadas con depresión mayor (O'Mahen, Moberly & Wright, 2018), estudiantes universitarios con síntomas depresivos (Garcés et al., 2017) y veteranos de guerra con síntomas depresivos (Hershenberg et al., 2018). Además, están las investigaciones con modalidades virtual en población adulta (Puspitasari et al., 2013; Hubley et al., 2014), y otras que incorporan aplicaciones móviles como Aptivate diseñada para población adulta con síntomas depresivos (Dahne et al., 2019), fumadores con depresión (Heffner et al., 2019) y otras que incluyen la app Behavioral Apptivation (Dahne, Kustanowitz & Lejuez, 2018).

Las intervenciones grupales contribuyen al cumplimiento de objetivos, la aceptación y normalización del apoyo brindado, fomentar las interacciones con los otros miembros del grupo, desarrollar habilidades sociales (Correa, 2016), mejorar la relación del coste-beneficio con respecto a terapias individuales, mostrar mayores resultados en la efectividad y mejoras en la calidad de vida, disminuir sensaciones de estigma y aislamiento, facilitar aprendizaje de las conductas adaptativas y estrategias de afrontamiento (Pérez, 2007).

En relación con las ventajas que proporcionan las intervenciones grupales, se incluyen las intervenciones online o telepsicología que proporcionan facilidades en relación

con el desplazamiento y tiempos que estos implican, el uso de diferentes aplicaciones que permitan establecer la conexión y el manejo de la información confidencial, y la continuidad de los procesos si se encuentran en diferentes ciudades o países (Mercado, 2020). Las investigaciones en AC que incluyen este componente, ya sea por medio de una APP, sesiones telefónicas o por medio de plataformas virtuales, han demostrado resultados favorables similares a las intervenciones presenciales (Puspitasari et al., 2013; O'Mahen et al., 2017; Arjadi et al., 2018). Estos estudios, exponen como el uso de diversas herramientas tecnológicas facilitan y brindan una alternativa a las intervenciones presenciales.

Por consiguiente, ante la alta prevalencia en cuadros depresivos, dificultades para acceder a servicios cualificados que den una atención oportuna, los costos asociados (en formación y capacitación de profesionales de la salud, cobertura ante la alta demanda), el tiempo y los recursos necesarios para la formación de profesionales en métodos con aval empírico para paliar los síntomas depresivos; sugieren la puesta en práctica de la presente investigación, que aporte evidencia sobre la efectividad del protocolo de Activación Conductual en los dos formatos (grupal e individual) de intervención en población clínica, fortaleciendo y robusteciendo el soporte empírico de la terapia de Activación Conductual aplicada en la modalidad presencial y online.

Antecedentes Teóricos y Empíricos

La depresión es entendida como un trastorno mental caracterizado por estados de tristeza, pérdida de interés en actividades, sentimientos de culpa, bajos niveles de

autoestima, trastornos del sueño y bajo apetito, percepción de cansancio y falta de concentración; es uno de los trastornos más frecuentes, y es considerado como la principal causa de discapacidad a nivel mundial (OMS, 2016-2017-2018).

En la última versión del DSM 5, la depresión es comprendida como un estado de ánimo de tristeza, vacío o irritabilidad, se presenta en conjunto con cambios somáticos y cognitivos, que afecta significativamente las diferentes áreas de funcionamiento; se clasifica de acuerdo con la duración, etiología y presentación temporal en: trastorno de desregulación disruptiva del estado del ánimo, trastorno depresión mayor (incluye episodios depresivos mayores), trastorno depresivo persistente (distimia), trastorno disfórico premenstrual, trastorno inducido por una sustancia o medicamento, trastorno depresivo generados por una afectación médica, otro trastorno depresivo especificado y no especificado (American Psychiatric Association, 2014)

El Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH por sus siglas en inglés, 2010-2015) refiere que la presencia de síntomas como: sentimientos de tristeza o vacío, falta de esperanza o pesimismo, sentimientos de culpa, baja auto-estima e impotencia, pérdida de interés por actividades placenteras, fatiga o menos energía, dificultad para concentrarse, recordar detalles o tomar decisiones, problemas de sueño y apetito, y pensamientos de muerte o suicidio. Así mismo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2017) define dos subcategorías principales de los trastornos depresivos: trastornos o episodios depresivos mayores y distimia, estos presentan los síntomas ya mencionados, con la diferencia en la duración, en la distimia los síntomas son más prolongados en el tiempo.

Otras perspectivas como la cognitiva, definen depresión como representaciones mentales o esquemas que afectan la manera en que las personas se relacionan con ellos mismo, el mundo y el futuro (la triada cognitiva), que exhiben los sesgos negativos generados por estas percepciones (LeMoult & Gotlib, 2018). La perspectiva biológica refiere que, son alteraciones en los neurotransmisores del sistema nervioso central que disminuyen la actividad parasimpática de la serotonina (5-HT), la transmisión de la noradrenalina (NA) y en los transportadores de dopamina (Willner, Scheel-Krüger & Belzung, 2013; Guadarrama, Escobar & Zhang, 2006).

La perspectiva conductual la comprende como comportamientos que están en función de pérdida o carencia de refuerzo positivo, ya sea en términos de control aversivo, pérdida de contingencias por castigo o bajos niveles de refuerzos positivos, erosión del reforzamiento, déficit de habilidades, exceso de castigo, pérdida de conductas operantes eficaces, refuerzo positivo y negativo, conducta gobernada por reglas y operaciones de establecimiento que favorecen la aparición de trastornos depresivos (Kanter et al., 2005).

Tratamientos

Actualmente se cuenta con una amplia gama de alternativas terapéuticas para paliar los síntomas depresivos, los tratamientos farmacológicos que emplean antidepresivos para alterar los niveles de la serotonina y/o noradrenalina en el sistema nervioso central (Korman & Sarudiansky, 2011; Heerlein, 2002; Álamo, López & Armada, 2008); la Terapia Cognitiva enfatiza en que el consultante entienda el papel que cumplen las creencias negativas y las estrategias de procesamiento de información des adaptativas que tienen, para debatirlas y lograr cambiar dichas creencias (Hollon et al., 2002; LeMoult &

Gotlib, 2018; Rosello & Bernal, 2007); la Terapia de Aceptación y Compromiso busca generar repertorios flexibles, encaminados a acciones comprometidas direccionadas a valores, por medio de protocolos breves y estructurados (Luciano, 2016; Ataie-Moghanloo et al., 2015).

Activación conductual.

La AC es un procedimiento estructurado, flexible e ideográfico, que busca que las personas con depresión aprendan a organizar sus actividades y cambiar condiciones medioambientales, con el fin de retomar el contacto con las fuentes de reforzamiento positivo (Barraca, 2010), independiente del estado de ánimo; ya que el efecto colateral, paralelo y secuencial de la AC, es generar cambio sobre lo que piensa y siente, sin centrar directamente la atención en estos componentes (Hershenberg et al., 2018; Bianchi & Henao, 2015).

Las personas con depresión tienden a utilizar estrategias de escape y evitación, estas contribuyen al mantenimiento de los estados de ánimo y síntomas depresivos (Carvalho & Hopko, 2011). Ferster (1973) resalta el comportamiento de evitación, como el factor determinante de la conducta y síntomas depresivos, centrándose en analizar la relación entre el contexto medioambiental y la conducta, para entender y modificar las conductas de evitación.

El primer protocolo que surge es el de Lewinsohn, que pretende brindar una ayuda e incrementar tasas de refuerzo positivo; sin embargo, esta propuesta ocasionó diversas críticas, ya que sus explicaciones sobre la efectividad del protocolo se basaban en principios conductuales, excluyendo los elementos cognitivos en pleno auge de la segunda

generación de terapias de conducta; ante esto, investigaciones siguientes incluyeron componentes cognitivos (Bianchi & Muñoz, 2014).

Jacobson et al. (1996) en el estudio de desmantelamiento, compararon la efectividad de todos los componentes de las Terapia Cognitiva Conductual (TCC); concluyen que, el componente de planeación de actividades (correspondiente a la AC) tenía el mismo efecto que el protocolo completo de la TCC, el mantenimiento de las ganancias de tratamiento se evidenció en seguimientos a dos años, y esta investigación es el hito histórico-empírico del surgimiento de la AC como terapia de tercera generación. Estos resultados fueron replicados en el estudio de Dimidjian et al. (2006).

A partir de la consolidación de la AC como una intervención en sí misma o un componente de tratamientos multicomponentes, tanto de segunda (TCC) como tercera generación (ACT, DBT), se abre un campo de investigación encaminado a dar muestras de su efectividad en diversos formatos, poblaciones, problemáticas, guías y/o protocolos (Bianchi & Muñoz, 2014). A continuación, se da una breve descripción de las guías o protocolos que se han desarrollado a partir del estudio de Jacobson et al. (1996).

Tratamiento de Activación Conductual (Jacobson et al., 2001). Se crea el primer protocolo o guía de intervención de AC en un formato individual, de 20 a 24 sesiones, centrándose en elementos funcionales del comportamiento depresivo; es decir, un evento interno o externo (desencadenante) ocasiona una respuesta emocional negativa que establece un patrón de evitación recurrente (acrónimo TRAP; disparador, respuesta y patrón de evitación); de ahí, la aplicación del protocolo, que busca que el paciente tome acción y

vuelva a sus conductas saludables, desarrollando estrategias de afrontamiento alternativas (acrónimo TRAC; disparador, respuesta y afrontamiento alternativo) (Hopko et al., 2003).

Activación Conductual para la Depresión – Kanter et al. (2009). Unen y clarifican la teoría y práctica de AC; explican las características teóricas propias de AC y estructuran la práctica en la guía *Behavioral Activation: Distinctive Features*. Establecen las fases del tratamiento: recolección de la historia personal, socialización del tratamiento, primeras actividades de monitoreo y activación, y la evaluación funcional del comportamiento de acuerdo con las acciones de activación; permitiendo el contacto con fuentes de reforzamiento positivo, desarrollar esperanza y maximizar las ganancias del tratamiento (Kanter et al., 2009).

Activación conductual - Martell, Dimidjian y Hermann-Dunn (2010). Plantean la extensión del protocolo de AC de Jacobson et al. (2001) (*Behavioral Activation for Depression a Clinician's Guide*), incluyen comportamientos de evitación y una variedad de estrategias indirectamente relacionadas con AC, como técnicas de distracción, solución de problemas frente a eventos desagradables y entrenamiento en mindfulness (Lejuez et al., 2011; Dimidjian et al., 2011). Además, estructuran las sesiones por fases: monitoreo de actividades y estado de ánimo, programación de actividades, tareas de estructuración y/o graduación de actividades, ejercicios de atención experiencial y mantenimiento de interés por la activación (Martell et al., 2010).

Tratamiento Breve de Activación Conductual para Depresión (BATD). Lejuez et al. (2011) propone la versión abreviada del BATD de 8 a 15 sesiones, centrándose en disminuir las conductas depresivas, por medio de la identificación de reforzadores de las

conductas depresivas y no depresivas y planeación de actividades; enfatizando en el componente de valores o áreas vitales, recalando que los sentimientos y pensamientos negativos, tienden a modificarse una vez la persona se exponga a eventos positivos y las consecuencias de estos.

De acuerdo con los modelos expuestos previamente y el creciente interés sobre la AC, tanto a nivel investigativo como en su aplicabilidad en escenarios clínicos y comunitarios, el meta análisis de Ekers et al. (2014) da cuenta de varios aspectos relacionados con la evidencia en la literatura científica: plantean que la AC es una intervención efectiva para tratar la depresión, presenta bajos niveles de complejidad, sencilla de entrenar y sus protocolos son de corta duración (la mediana de sesiones son ocho, no obstante, este factor no tiene relación con el tamaño del efecto), no hay diferencias en el efecto con el tipo de población (adulto mayor, adulto en general, estudiantes y post natales), sin embargo, tiene mayor efecto en depresión grave; al comparar la AC con otras intervenciones psicológicas, demuestra ser efectiva al aumentar el bienestar y mantener mejoras en los periodos de seguimiento (Mazzucchelli, Kane & Rees, 2010).

Intervenciones

Intervenciones online o telepsicología

En relación con los avances tecnológicos que se han presentado a lo largo de la historia, se crea la necesidad de involucrar estos avances en las modalidades de intervención en la psicología principalmente en el área clínica (Melchiori, Sansalone & Borda, 2011). Se comprende la telepsicología como el término que hace referencia a la

prestación del servicio psicológico, por medio de diferentes tecnologías de telecomunicación (teléfono, email, redes sociales, internet, etc.).

La telepsicología consiste en implementar intervenciones a distancia basándose en el contacto virtual, esta se presenta en tiempo real (audio, video o chat) o en diferido (correo electrónico o mensajería instantánea) (González-Peña et al., 2017; Macías & Valero, 2018); además se han llevado a cabo diversos estudios de las TCC en problemáticas como: trastornos traumáticos, problemáticas mixtas, trastornos de la alimentación, trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo, problemas de adicción, problemas de dolor, cáncer, otras enfermedades médicas, problemas familiares y estrés del cuidador y por último depresión mixta y/o ansiedad.

Esta modalidad de intervención aporta mayor rentabilidad en aspectos como el tiempo, gastos de transporte, eficacia, acceso a tratamientos psicológicos, reducción de fronteras espaciotemporales, adicionalmente representa una flexibilización en la prestación de los servicios en condiciones de crisis a nivel mundial que establecen periodos prolongados de aislamiento social (Mercado, 2020). Por otro lado, se presentan algunos desafíos como la pérdida de alguno elemento no verbales, la poca evidencia epistemológica frente a la delimitación en las intervenciones son apropiadas realizar por este medio, la capacitación idónea del profesional que preste este tipo de servicio y la estandarización de protocolos (Melchiori et al., 2011; Muriel, 2012; Macías & Valero, 2018).

Intervenciones Grupales

Se entiende que los grupos terapéuticos son sistemas que comparten atributos, en los cuales se resaltan los cambios ocurridos en el curso y desarrollo de las interacciones; así mismo, se tienen en cuenta las características compartidas por los miembros del grupo, ya que son espacios en los que se trabajará con variables motivacionales psicológicas, que generan afectaciones a nivel individual y grupal (Marogna & Caccamo, 2014). Además, esta modalidad de intervención involucra a uno o más terapeutas y la conformación del grupo es de 5 a 10 personas que recibirán el tratamiento (Moffett, Kharrazi & Vaught, 2016).

Este tipo de intervenciones demuestran ejercer funciones multiplicadoras en los efectos obtenidos, al proporcionar ambientes más específicos y realistas, aumentar el entusiasmo del terapeuta y consultante, disminuir recaídas, contribuir con el establecimiento de relaciones terapéuticas y apoyo grupal, favorecer el conocimiento y autoconocimiento, facilitar-acelerar los procesos terapéuticos, aumentar habilidades sociales y relaciones interpersonales (García, 2008). La dinámica de grupo, genera espacios de apoyo y retroalimentación sobre la problemática, oportunidades para poner en práctica conductas altruistas y sensaciones de utilidad al ser parte del grupo; estos factores contribuyen con la aceptación y normalización de la situación o problemática presentada (Correa, 2016).

Sin embargo, se han identificado algunas dificultades presentes en este tipo de intervenciones, tales como: la homogeneidad de integrantes, ya que algunos podrían no cumplir con características específicas para ser parte del grupo; el conocimiento de que se está siendo evaluado (efecto de reactividad a la evaluación), más aún en un ámbito

investigativo, se pueden alterar las percepciones, valoraciones, y las propias conductas (tanto en el campo individual como en la relación con otros integrantes); mayor esfuerzo por parte del terapeuta, ya que se trabajará con varias personas al tiempo; y prestar más atención a las normas éticas y deontológicas (Sánchez, 2002).

Activación Conductual para la Depresión (BATD-R y BATD-G)

Se han realizado pocas investigaciones sobre este tipo de intervenciones que demuestran resultados favorables en formato grupal en población clínica y no clínica. Por ejemplo, la investigación de O'Mahen et al. (2018) indican el decremento en los síntomas depresivos, en una muestra clínica con depresión mayor, con 10 sesiones, y el estudio de Hershenberg et al. (2018), con veteranos de guerra, en el que ponen a prueba el protocolo con 12 sesiones, mostrando aumentó de conductas saludables, bajos niveles de deserción y altos grados de satisfacción hacia el tratamiento por parte de los participantes.

En Colombia se realizó la adaptación, validación y pilotaje del BATD-G en estudiantes Universitarios por Garcés et al. (2017), respecto a la validación mostros acuerdo entre jueces ($\alpha=.87$) con un nivel casi perfecto y altas valoraciones; en el proceso de adaptación se generaron modificaciones en: las primeras siete sesiones, en el formato de monitoreo de actividades diarias y en el número de sesiones (incluyen una sesión preliminar). Se dan lineamientos frente a las precauciones y el manejo que ha de tener el terapeuta tanto en las condiciones de intervención grupal como con “el manejo de situaciones atípicas durante el curso del tratamiento”. Con relación al pilotaje, los resultados dan cuenta del incremento en la percepción del refuerzo medio ambiental, el decremento en conductas depresivas e incremento de conductas saludables. Por último,

expone las limitaciones al generalizar los resultados por el tamaño de la muestra (Garcés et al., 2017).

El protocolo BATD-R (Lejuez et al., 2011) de 10 sesiones, al cual se le incorporó la sesión preliminar del mismo protocolo BATD-G adaptado por Garcés et al. (2017), estipulando 11 sesiones:

- Sesión preliminar (0): Actividades para que el grupo aprenda a diligenciar el formulario de actividades diarias y solucionar todas las dudas posibles al respecto, favorecer la motivación de los participantes y establecer la agenda de sesión (aclarando el procedimiento, la importancia del compromiso y el apoyo social).
- Sesión uno: Explicación sobre depresión, modelo de intervención, formulario de actividades diarias y solucionar o especificar situaciones atípicas (inasistencias, crisis)
- Sesión dos: Revisar formulario de actividades diarias; presentar y explicar el formato de áreas vitales.
- Sesión tres: Revisar formato de actividades diarias, áreas vitales y llenar formato de jerarquía de actividades.
- Sesión cuatro: Revisar formato de actividades diarias y monitorear planificación de actividades para la semana.

- Sesión cinco: Revisar formato de actividades diarias, presentar y explicar formato de acuerdos, monitorear planificación de actividades para la semana, y reiterar el apoyo social e incluir moldeamiento en juegos de rol.
- Sesión seis: Revisar formato de actividades diarias, formato de acuerdos, monitorear planificación de actividades para la semana y entrenar en habilidades sociales si es requerido.
- Sesión siete: Monitorear formato de actividades diarias, inventario de áreas de ajuste y planificación de actividades para la semana.
- Sesión ocho: Monitorear formato de actividades diarias, jerarquía y selección de actividades y planificación de actividades para la semana.
- Sesión nueve: Monitorear formato de actividades diarias, acuerdos y planificación de actividades para la semana.
- Sesión diez y siguientes: Monitorear formato de actividades diarias, planificación de actividades para la semana y preparar el final del tratamiento generando contextos en los que se identifiquen consecuencias al integrar actividades.

Aspectos metodológicos

Problema de investigación

¿El Protocolo Breve de Activación Conductual en dos formatos de intervención administrados secuencialmente tiene efecto sobre la depresión en un grupo de personas diagnosticadas con depresión leve o moderada en la ciudad de Bogotá?

Objetivos

Objetivo general: Estimar el efecto del Protocolo Breve de Activación Conductual para la Depresión (BATD-R) en dos formatos de intervención aplicados secuencialmente a personas con depresión leve y moderada.

Objetivos específicos.

- Estimar el efecto del Protocolo BATD-R sobre la frecuencia de conductas depresivas entre las fases A, B, B' y seguimiento.
- Estimar el efecto del Protocolo BATD-R sobre la frecuencia de conductas saludables entre las fases A, B, B' y seguimiento.
- Determinar la significancia clínica de la aplicación del protocolo BADT-R, por medio de la comparación entre las medidas en los cuatro momentos de la escala Zung para la depresión, EROS, BADS y DASS 21 según parámetros poblacionales de las pruebas.

Método

Tipo de estudio

Diseño de caso único de tipo ABB' con seguimiento, para evaluar la rigurosidad de la efectividad del tratamiento aplicado, tener control de la validez interna y externa, y evaluar la causalidad de variables. El diseño implica medidas repetitivas y sistemáticas de una variable dependiente antes, durante y después de la manipulación de la variable independiente (Tejedor & García-Tellado, 2007; Gast & Ledford, 2014).

Participantes

Se contó con la participación de cinco sujetos, dos hombres y tres mujeres, residentes en la ciudad de Bogotá, mayores de edad entre los 24 y 33 años, uno de ellos profesional y los otros cuatro estudiantes de carreras universitarias. El grupo fue seleccionado por medio de la divulgación del proyecto de investigación en diferentes redes sociales.

Los participantes cumplieron con los criterios de inclusión como aceptar los consentimientos informados (aplicación de escalas, cita de valoración e intervención); residir en la ciudad de Bogotá, ser mayores de edad, afiliados a EPS y puntuaciones en la escala Zung entre 50 y 69 que indican un nivel de depresión de leve a moderada.

Los criterios de exclusión que se tuvieron en cuenta son: reportes de haber estado en tratamiento psiquiátrico o psicológico durante el último año, consumo de sustancias psicoactivas, intento(s) de suicidio en el último año y reportes de diagnósticos de Trastornos de Ansiedad, Trastorno Afectivo Bipolar o Trastornos de Personalidad.

Variables.

Variable Independiente: tratamiento

El protocolo BATD-G (adaptado por Garcés et al., 2017) consta de 11 sesiones (comprendiendo la sesión 1, como la sesión preliminar 0), cada una de 2 horas cada una; este se aplicó en las primeras 6 sesiones de tratamiento (tomando la sesión preliminar, como la sesión 0). Durante las cuatro primeras sesiones se llevó a cabo la psicoeducación en depresión, entrenamiento en el diligenciamiento del formato de actividades diarias, identificación del disfrute e importancia de las actividades, evaluación de valores o áreas

vitales, y selección y jerarquización de actividades de menor a mayor complejidad de las conductas saludables; la sesión cinco y seis se revisarán los registros de monitoreo diario y planeación de conductas saludables, estas irán aumentando el nivel de complejidad cada semana (Lejuez et al., 2011).

El protocolo BATD-R Lejuez et al. (2010) traducido por Maero, Mathot y Pincipi (2010) consta de 10 sesiones, cada sesión es de una hora; este se aplicó para las sesiones 7 a 10 y seguimiento, durante las cuatro sesiones restante y el seguimiento se revisaron los registros de monitoreo diario y planeación de conductas saludables, estas fueron aumentando el nivel de complejidad semana a semana (Lejuez et al., 2011).

Variable dependiente: Sintomatología depresiva

De acuerdo con la revisión teórica, conceptual y empírica de la AC se determinan como indicadores de esta variable las conductas depresivas y saludables como factores que exponen los síntomas depresivos en los participantes. Adicionalmente, se realizó una medición de las conductas responsables del cambio, por medio del refuerzo medioambiental, activación conductual y el nivel de depresión, estrés y ansiedad.

Conductas depresivas: acciones relacionadas a estados o síntomas depresivos, enmarcando la relación de evitación como estrategia para evitar entrar en contacto con actividades estresante y/o desagradables, ocasionando que terceros asuman la responsabilidad o recibir atención por parte de su red de apoyo (Lejuez et al., 2010). Se midió la frecuencia de conductas depresivas, por medio de registros semanales del BATD-R (Lejuez et al., (2010) traducido por Mareo et al., (2010)).

Conductas saludables: son comportamientos encaminados a mejorar la calidad de vida en dirección con los valores de cada persona, que dependen de las demandas del contexto de cada persona (Lejuez et al., 2011). Se midió la frecuencia de conductas saludables, por medio del formato de monitoreo de actividades, y el formato de selección y jerarquía de actividades (Lejuez et al., (2010) traducido por Mareo et al., (2010)).

Depresión: forma responder a diversas situaciones que incluyen respuestas de tipo cognitivo, afectivo y conductual en diferentes contextos personales que se manifiestan en síntomas depresivos (Barraca & Pérez-Álvarez, 2015). Esta variable se midió mediante la Escala de Zung para depresión, diseñada por Zung (1965) y adaptada por Díaz et al. (2005) en población colombiana.

Refuerzo medio ambiental: es la percepción de recompensa que tiene el sujeto de su contexto inmediato. Se midió por medio de Environmental Reward Observation Scale (EROS), diseñada por Armento y Hopko (2007) y validada para la población colombiana por Valderrama, Bianchi y Villalba (2016).

Activación conductual: comprendida como aquellos comportamientos que buscan incrementar la posibilidad de obtener refuerzo contingente del contexto. Se midió mediante la Behavioral Activation for Depression Scale (BADs), diseñada por Kanter et al. (2007) y adaptada por Leal, Bianchi y Villalba (2016), con el fin de medir la activación, evitación/rumiación, afectación del trabajo/actividad y afectación de la vida social.

Nivel de depresión, ansiedad y estrés: se comprende la depresión, ansiedad y estrés como todas aquellas situaciones que repercuten negativamente en el desempeño habitual de las personas, en sus diferentes áreas de ajuste. Se midió mediante Escala de Depresión, Ansiedad y

Estrés (DASS 21), diseñada por Román, Santibáñez y Vinet (2016) y adapta por Ruiz et al. (2017), que mide el nivel de depresión, ansiedad y estrés.

Hipótesis

Si la aplicación del protocolo de activación conductual en dos formatos de intervención es efectiva, se espera evidenciar la disminución en la frecuencia de conductas depresivas sobre el grupo seleccionado.

Si la aplicación del protocolo activación conductual en dos formatos de intervención es efectiva, se observará el aumento significativo de las conductas saludables en los participantes.

Si la aplicación del protocolo grupal de activación conductual en dos formatos de intervención es efectiva, se evidenciará un cambio clínicamente confiable en la percepción del refuerzo del entorno en la aplicación de la última medición.

Si la aplicación del protocolo grupal de activación conductual en dos formatos de intervención es efectiva, se evidenciará una disminución clínicamente confiable en el nivel de severidad de la depresión en la aplicación de la última medición.

Si la aplicación del protocolo de activación conductual en dos formatos de intervención es efectiva, se evidenciará un cambio clínicamente confiable en el índice de activación, por medio de las cuatro sub dimensiones de la escala: activación, evitación y/o rumia, dificultades laborales o académicas y deterioro social en la aplicación post tratamiento.

Instrumentos

A continuación, se presentarán y explicarán los diversos instrumentos requeridos e implementados durante la investigación, en las fases de selección, intervención y seguimiento.

Cuestionario de datos sociodemográficos: Preguntas escritas que reúnen datos de identificación, contacto, edad, género, EPS, nivel de educación, estado civil, estrato, enfermedades médicas, consumo de medicamentos y participación en tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos.

Formato de monitoreo diario (Anexo 1): Autoregistro para recolectar la información conductual relevante para la AC, identificar patrones comportamentales y estados de ánimo depresivos, que proporciona medidas sobre el nivel actual de actividad; incluye medidas de disfrute e importancia de actividades en una escala de 0 a 10, donde 0 es bajo-nulo disfrute o importancia y 10 es alta importancia o disfrute (Lejuez et al., 2011).

Environmental reward observation scale (EROS) (Anexo 2): Escala psicométrica diseñada por Armento y Hopko (2007) y validada en población colombiana por Valderrama, Bianchi & Villalba (2016), esta escala mide de manera eficiente, fiable y valida el acceso a reforzadores en el contexto inmediato; consta de 10 ítems, en una escala tipo Likert con 4 opciones de respuesta que van desde 1 (totalmente en desacuerdo) a 4 (totalmente de acuerdo).

Las propiedades psicométricas de la EROS, se desarrollan con base en la adaptación a la lengua española por Barraca y Pérez (2010) demostrando que, es una escala fiable ($\alpha=.86$) y valida; por otro lado, la escala se validó en población colombiana por

Valderrama, Bianchi y Villalba (2016) encontrando una consistencia interna ($\alpha = .87$) en población clínica y no clínica, al igual que la adaptación española.

Escala auto aplicable de Zung para la depresión (Anexo 3): Escala diseñada por Zung (1965), que permite obtener información sobre la presencia de síntomas depresivos, cuenta con 20 reactivos, diez están de forma positiva y diez de forma negativa, las preguntas son tipo Likert de 4 opciones, en donde 1 es poco tiempo; 2 algo de tiempo; 3 buena parte del tiempo y 4 la mayor parte del tiempo (Lezama, 2012). En Colombia la escala cuenta con varias validaciones en diferentes poblaciones (Díaz et al., 2005; Lezama, 2012). Las propiedades psicométricas de la escala de Zung para depresión en población colombiana adulta, muestran una adecuada consistencia interna ($\alpha = .80$), un único factor principal que explica el 36,6% de la varianza, sensibilidad de 95.5% y especificidad de 70.3% (Díaz et al., 2005)

Escala de activación conductual para la depresión (BADS por sus siglas en inglés) (Anexo 4): Evalúa comportamientos responsables del cambio, es decir, aquellas conductas que van a incrementar el contacto con reforzadores positivos; midiendo la frecuencia de comportamientos de evitación, escape y activación. El instrumento cuenta con 25 ítems, divididos en 4 subescalas o dimensiones: *Activación* (realizar actividades planeadas dirigida a valores), *Evitación/Rumiación* (evitar estados negativos aversivos y realizar acciones de rumiación sin solucionar de forma activa los problemas), *Afectación o dificultades en el trabajo o escuela* (consecuencias de estados de inactividad y pasividad frente a las responsabilidades académica o escolares), y *Afectación o Dificultades en el área social*

(consecuencias del aislamiento social); emplea una escala tipo Likert con seis opciones de respuesta de 0 (completamente en desacuerdo) a 6 (completamente de acuerdo), la calificación del instrumento y sus ítems se realiza de formas distintas, la puntuación de la escala general se efectúa sumando los puntajes de cada ítem, y los ítems de las subescalas se califican asignándoles puntuaciones de 1 (Kanter et al., 2007; Leal, Bianchi & Villalba, 2016).

Las propiedades psicométricas del BADS validada por Leal, Bianchi y Villalba (2016) en la ciudad de Bogotá, muestran una buena consistencia interna en la escala general, tanto en la versión invertida ($\alpha = .92$) como sin invertir ($\alpha = .84$), así mismo, se evidencia en la confiabilidad en los resultados de las subescalas con y sin invertir, *activación* ($\alpha = .81$), *evitación y/o rumiación* ($\alpha = .86$), *afectación laboral y/o académica* ($\alpha = .81$), y *afectación social* ($\alpha = .91$).

Depression Anxiety and Stress Scale - 21 (DASS-21) (Anexo 5): Instrumento que consta de 21 ítems, dividido en tres subescalas, *depresión* (ítems: 3, 5, 10, 13, 16, 17 y 21), *ansiedad* (ítems: 2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20) y *estrés* (ítems: 1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18); respuestas tipo likert con cuatro opciones (0: No me ha ocurrido; 1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo; 2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo; 3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo) (Ruiz et al., 2017). Las propiedades psicométricas de la escala muestran índices de consistencia interna entre adecuados y buenos para las subescalas en población clínica *depresión* ($\alpha = .88$), *ansiedad* ($\alpha = .71$) y *estrés* ($\alpha =$

.80), y en población general depresión ($\alpha = .78$), ansiedad ($\alpha = .71$) y estrés ($\alpha = .71$) (Ruiz et al., 2017).

Procedimiento

En el presente estudio, se llevó a cabo en 5 fases que involucran los protocolos BATD-R y BATD-G. De la sesión 0 a la sesión 6, la intervención fue presencial y grupal; luego de la 6 sesión, se aplicaron las cuatro mediaciones de cambio (Zung, EROS, BADS y DASS 21) y transcurrieron tres semanas sin intervención. Después, se continuó con las sesiones 7 a 10, de forma individual y virtual, y se aplican nuevamente las mediciones de cambio. Finalmente están las 4 sesiones de seguimiento, individuales y virtuales, y la última aplicación de las medidas de cambio.

Fase 1 selección de la muestra: Una vez se realizó la divulgación del proyecto, las personas interesadas en participar en la investigación, procedieron con la firma del consentimiento informado y con la aplicación de las escalas Zung para la depresión, BADS, EROS y el DASS 21; estas se tomaron como la medida Pre. Las personas que fueron seleccionadas, fueron aquellas que cumplieron con los criterios de inclusión, luego se estableció contacto telefónico para fijar cita de entrevista individual. En la sesión individual, se presentó el consentimiento informado de valoración, se aplicó entrevista estructurada MINI, y se recopiló información sobre conductas de interés, sintomatología depresiva, historia de la problemática, estado de ánimo actual y tratamientos previos. Una vez finalizadas las entrevistas se evaluaron los datos recopilados hasta el momento, y se descartó la presencia de trastornos de personalidad para establecer la conformación del

grupo. Por último, se estableció comunicación vía telefónica para confirmar participación y concretar la fecha de inicio del tratamiento.

Fase 2 aplicación del protocolo BATD-G (presencial/grupal): Se aplicó el BATD-G en formato grupal durante las 6 primeras sesiones (incluye la sesión preliminar 0) de una hora y media cada sesión, las sesiones fueron cada semana y en modalidad presencial.

Fase 3 aplicación de escalas de medición: Después de la sexta sesión del protocolo, se aplicaron las pruebas de medición de cambio: Zung para la depresión, BADS, EROS y DASS 21, comprendidas como las medidas Post G; y transcurren tres semanas sin intervención.

Fase 4 aplicación del protocolo BATD-R (virtual/individual): Se retomó la intervención del protocolo, se realizan las sesiones 7 a 10, de forma virtual e individual, cada sesión se realizó semanalmente con una duración de 1 hora. Se aplicaron las pruebas de medición de cambio: Zung para la depresión, BADS, EROS y DASS 21, comprendidas como las medidas Post I.

Fase 5 seguimiento del tratamiento: Al finalizar las 10 sesiones del BATD-R, se realizaron cuatro seguimientos para indagar estado de ánimo y continuidad del nuevo repertorio conductual adquirido; cuatro seguimientos se hicieron de forma individual en la modalidad online. En el último seguimiento se aplican las escalas Zung para la depresión, EROS, BADS y DASS 21, comprendidas como las medidas de Seguimiento.

Técnicas para el análisis de datos

Análisis visuales: Se evaluó el nivel, tendencia y variabilidad de los datos obtenidos en línea de base, tratamiento y seguimiento. Con el objetivo de mostrar de forma gráfica y

hacer la comparación de los cambios obtenidos sobre consistencia y fiabilidad de los datos; así mismo, se evidenció si los cambios se debían a las afectaciones de las variables extrañas o al cambio del tratamiento que produce el efecto y magnitud sobre la conducta medida (Sanz & García, 2015).

Prueba Tau-U: Prueba no paramétrica que permite comparar los datos obtenidos en la línea de base y tratamiento. De acuerdo con Parker et al., (2011) esta prueba mide la no superposición de los datos de las fases AB o ABA, la tendencia en la fase de intervención, y el control de la tendencia positiva de la fase A. Para las pruebas de hipótesis se realizarán estimaciones con un nivel de confianza del 95% ($\alpha = .05$).

Prueba NAP (no solapamiento de todos los pares): Se analizaron en relación al índice del tamaño del efecto, es decir, valores entre (93% y 100%) indica efectos grandes, (66% y 92%) efectos medios y (0% y 65%) efectos débiles para las medidas de conductas saludables y conductas depresivas (Parker & Vannest, 2009).

Pruebas de significancia clínica: Se realizó una comparación complementaria de los cambios observados en los cuatro momentos de las pruebas seleccionadas, para esto, se tomará como referencia los parámetros poblacionales de la prueba para estimar la magnitud de los cambios producidos por el protocolo. Esta prueba permitió evaluar las hipótesis planteadas, al contrastar la hipótesis nula frente a la hipótesis alternativa, realizar comparaciones de las medidas iniciales, intermedias, finales y el seguimiento, y ver si se puede hacer o no una generalización de los datos (Armijo-Olivo, 2018).

Consideraciones éticas

Esta investigación se basó en los principios del código deontológico y bioético de psicología en Colombia, enmarcados en la Ley 1090 del 2006 (Colegio Colombiano de Psicólogos, 2012). Por consiguiente, los principios de *responsabilidad* (Artículo 2, ordinal 1 de la Ley 1090 del 2006), *competencia* (Artículo 2, ordinal 2 de la Ley 1090 del 2006) y *bienestar al usuario* (Artículo 2, ordinal 6 de la Ley 1090 del 2006), se garantizaron por medio de la firma y aceptación del consentimiento informado, en el cual se especificó las condiciones de la investigación (fases, criterio de inclusión y exclusión, características y tiempos de intervención), condiciones de prestación del servicio, confidencialidad de datos personales, y la aclaración referente a la participación y el retiro voluntario en el transcurso de la investigación.

Referente a la normatividad en la telepsicología, se tuvo en cuenta la resolución 2654 de 2019 en la que se establecen todas las disposiciones para la telesalud, la Ley 1341 de 2009, la Ley 1419 de 2010 y resolución 1448 de 2006, que determinan los términos de prestación del servicio de salud virtual (Acero et al., 2020).

Adicionalmente durante la aplicación del protocolo se garantizó que todos los integrantes del grupo recibirán atención por igual, en relación con las condiciones básicas de las intervenciones grupales e individuales online. Así mismo, al finalizar la investigación, a cada uno de los participantes se les dio a conocer los resultados, en relación con lo estipulado en el consentimiento informado.

Sin embargo, durante la fase selección de la muestra se encontraron dos personas con puntuaciones que sobrepasen las requeridas para la investigación, a ellas se les dio a

conocer la ruta de atención y las acciones afines, como brindarles las fuentes de acceso a servicios de salud (solicitud de citas a sus entidades de salud, información sobre la red ISUAP, líneas de atención en situaciones de crisis o emergencias, entre otras).

Se tenía previsto una ruta de atención similar a la descrita en el párrafo anterior, para aquellas personas que en fase de intervención presentaran conductas de riesgo como auto y heteroagresión; no obstante, no fue necesario activar esta ruta, ya que ninguno de los sujetos emitió este tipo de comportamientos durante la intervención.

Resultados

Los resultados se presentan a partir de las comparaciones entre las fases línea de base, tratamiento (B y B') y seguimiento del proceso psicoterapéutico de cada uno de los participantes del estudio, según las medidas de las conductas depresivas y saludables. Luego, se presentan las variaciones en los puntajes de las cuatro mediciones de los participantes, según las medidas de los síntomas depresivos, el refuerzo medioambiental, los comportamientos de cambio, y los niveles de estrés, ansiedad y depresión.

En el análisis visual se observan las variaciones y cambios entre las fases del proceso psicoterapéutico, con incrementos en las etapas de tratamiento de las conductas saludables y decremento en las conductas depresivas. En la Figura 1, se evidenció el incremento de las conductas saludables de los cinco sujetos entre A y B (rango= [5; 25]), y las fases sin tratamiento, B', y seguimiento (rango= [26; 51]), con una estabilidad en el mantenimiento de los resultados en la fase de seguimiento. No obstante, hay dos sujetos que disminuyen las conductas saludables en las últimas fases, el sujeto 3 en la fase B' y seguimiento (rango= [4; 20]), y el sujeto 4 en la fase de seguimiento (rango= [18 ; 26]).

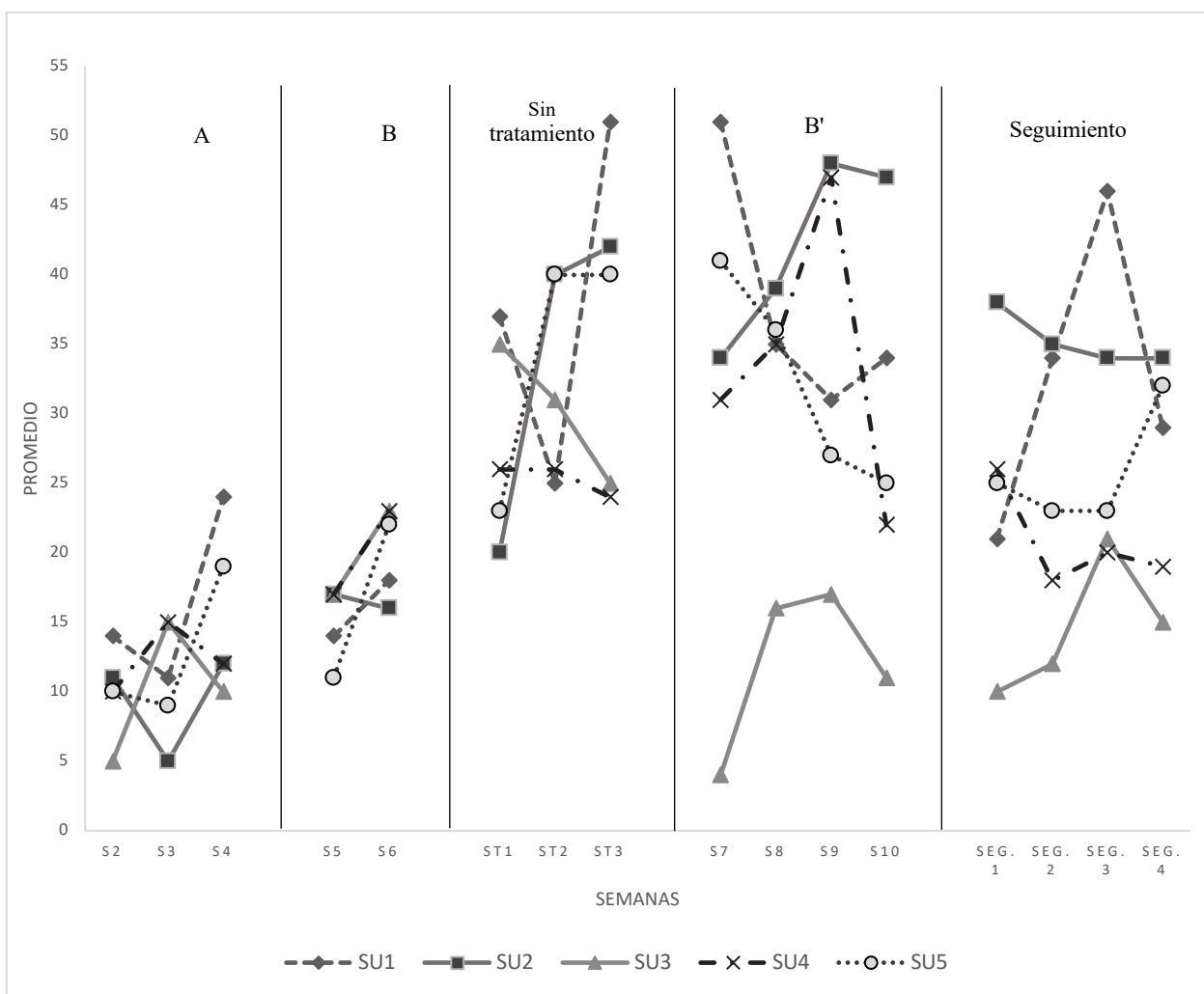


Figura 1. Comparación entre las fases A, B, Sin Tratamiento, B' y seguimiento de las conductas saludables de los cinco sujetos.

Las conductas depresivas presentadas en la Figura 2, evidencian cambios en el decremento paulatino entre las fases y el mantenimiento de los resultados en el seguimiento de los sujetos. Los sujetos 1 y 3 presentaron el mayor número de conductas depresivas en la fase A (rango= [44; 64]) y disminuyen en las fases B (rango= [55; 18]), B' y seguimiento (rango= [40; 3]). Los sujetos 2, 4 y 5 en las fases A (rango= [15; 37]), B (rango= [38; 13]), sin tratamiento

(rango= [24; 8]), B' (rango= [21; 6]) y seguimiento (rango= [22; 2]) denotan cambio, pero en menor medida que los sujetos 1 y 3.

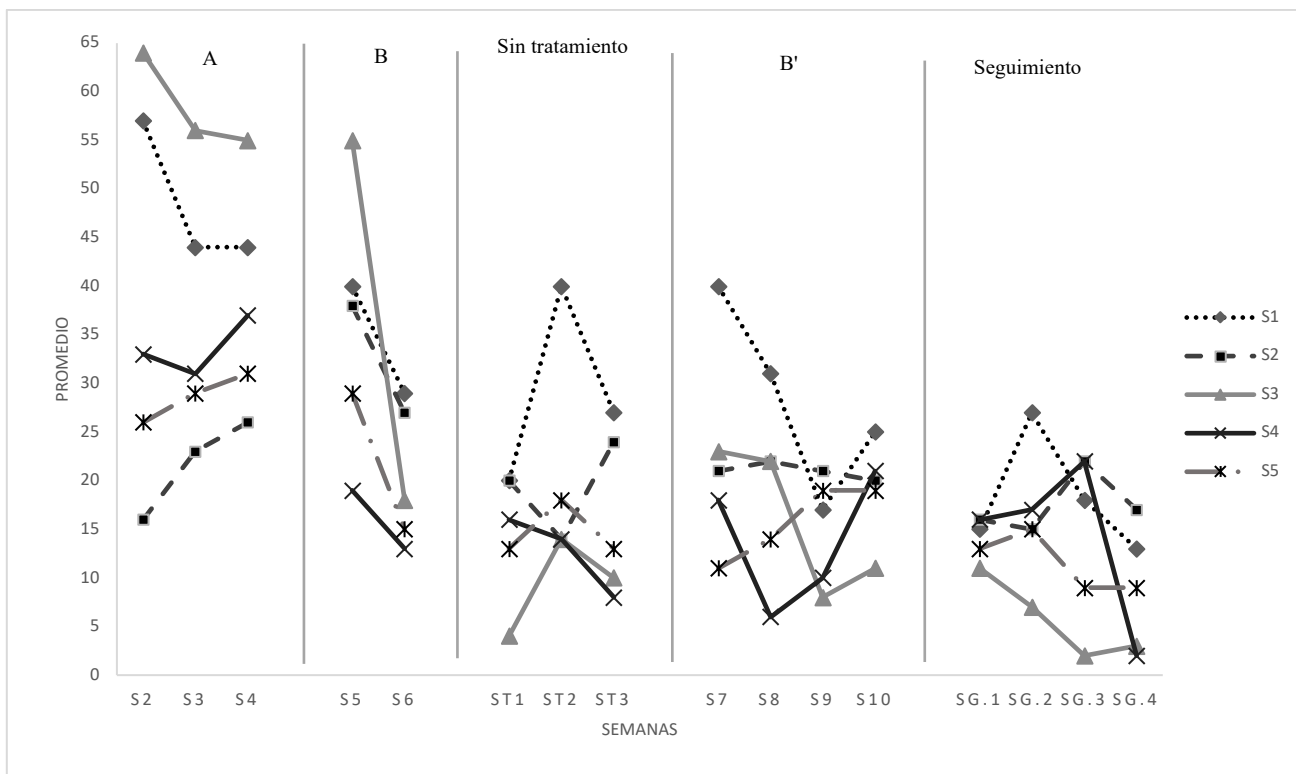


Figura 2. Comparación entre las fases A, B, Sin Tratamiento, B' y seguimiento de las conductas depresivas de los cinco sujetos.

Se presentan las pruebas de hipótesis verificadas con el estadístico TAU-U cuyo valor $p < .05$ es un indicador de variabilidad significativa entre las fases del diseño de caso único. En la Tabla 1, se observa que el sujeto 1 presenta cambios significativos entre las fases A vs ST (TAU-U=1, $p=.05$), y A vs B' (TAU-U=1, $p=.03$) en las conductas saludables. En las conductas depresivas en las fases A vs ST (TAU-U=-1, $p=.05$), A vs B' (TAU-U=-1, $p=.03$), y A vs SEG (TAU-U=-1, $p=.03$).

Tabla 1.

Pruebas de hipótesis de las fases A, B, ST, B' y Seguimiento del sujeto 1.

Sujeto	Label	S	PAIRS	TAU	SDtau	Z	P Value	CI 90%	NAP
1	ACS vs BCS	1	6	.17	.58	0.29	.77	-0.78 1	.58
	ACS vs STCS	9	9	1	.51	1.96	.05	0.16 1	1
	ACS vs B'CS	12	12	1	.47	2.12	.03	0.22 1	1
	ACS vs SEGCS	10	12	.83	.47	1.77	.08	0.06 1	.92
	ACD vs BCD	-6	6	-1	.58	-1.73	.08	-1 -0.05	0
	ACD vs STCD	-9	9	-1	.51	-1.96	.05	-1 -0.16	0
	ACD vs B'CD	-12	12	-1	.47	-2.12	.03	-1 -0.22	0
	ACD vs SEGCD	-12	12	-1	.47	-2.12	.03	-1 -0.22	0

Nota: A (Línea de base), B y B'(tratamiento), ST (sin tratamiento), SEG (seguimiento), CS

(conductas saludables), y CD (conductas depresivas). Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 2, se observa que el sujeto 2 presenta cambios significativos entre las fases A vs ST (TAU-U=1, $p=.05$), A vs B' (TAU-U=1, $p=.03$), y A vs SEG (TAU-U=1, $p=.03$) en las conductas saludables; y en las conductas depresivas en las fases no se presentan cambios significativos.

Tabla 2.

Pruebas de hipótesis de las fases A, B, ST, B' y Seguimiento del sujeto 2.

Sujeto	Label	S	PAIRS	TAU	SDtau	Z	P Value	CI 90%	NAP
2	ACS vs BCS	6	6	1	.58	1.73	.08	0.05 1	1
	ACS vs STCS	9	9	1	.51	1.96	.05	0.16 1	1
	ACS vs B'CS	12	12	1	.47	2.12	.03	0.22 1	1
	ACS vs SEGCS	12	12	1	.47	2.12	.03	0.22 1	1
	ACD vs BCD	6	6	1	.58	1.73	.08	0.05 1	1
	ACD vs STCD	-3	9	-.33	.51	-0.65	.51	-1 0.50	.33
	ACD vs B'CD	-4	12	-.33	.47	-0.71	.48	-1 0.44	.33
	ACD vs SEGCD	-7	12	-.58	.47	-1.24	.22	-1 0.19	.21

Nota: A (Línea de base), B y B'(tratamiento), ST (sin tratamiento), SEG (seguimiento), CS

(conductas saludables), y CD (conductas depresivas). Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 3, se observa que el sujeto 3 presenta cambios significativos en las fases A vs ST (TAU-U=1, $p=.05$) de las conductas saludables; en las conductas depresivas en las fases A vs ST (TAU-U=-1, $p=.05$), A vs B' (TAU-U=-1, $p=.03$), y A vs SEG (TAU-U=-1, $p=.03$).

Tabla 3.

Pruebas de hipótesis de las fases A, B, ST, B' y Seguimiento del sujeto 3.

Sujeto	Label	S	PAIRS	TAU	SDtau	Z	P Value	CI 90%	NAP
3	ACS vs BCS	6	6	1	.58	1.73	.08	0.05 1	1
	ACS vs STCS	9	9	1	.51	1.96	.05	0.16 1	1
	ACS vs B'CS	4	12	.33	.47	0.71	.48	-0.44 1	.67
	ACS vs SEGCS	6	12	.5	.47	1.06	.29	-0.28 1	.75
	ACD vs BCD	-5	6	-.83	.58	-1.44	.15	-1 0.11	.08
	ACD vs STCD	-9	9	-1	.51	-1.96	.05	-1 -0.16	0
	ACD vs B'CD	-12	12	-1	.47	-2.12	.03	-1 -0.22	0
	ACD vs SEGCD	-12	12	-1	.47	-2.12	.03	-1 -0.22	0

Nota: A (Línea de base), B y B'(tratamiento), ST (sin tratamiento), SEG (seguimiento), CS

(conductas saludables), y CD (conductas depresivas). Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 4, se observa que el sujeto 4 presenta cambios significativos entre las fases A vs ST (TAU-U=1, $p=.05$), A vs B' (TAU-U=1, $p=.03$), y A vs SEG (TAU-U=1, $p=.03$) en conductas saludables; y en conductas depresivas en las fases A vs ST (TAU-U=-1, $p=.05$), A vs B' (TAU-U=-1, $p=.03$), y A vs SEG (TAU-U=-1, $p=.03$).

Tabla 4.

Pruebas de hipótesis de las fases A, B, ST, B' y Seguimiento del sujeto 4.

Sujeto	Label	S	PAIRS	TAU	SDtau	Z	P Value	CI 90%	NAP
4	ACS vs BCS	6	6	1	.58	1.73	.08	0.05 1	1
	ACS vs STCS	9	9	1	.51	1.96	.05	0.16 1	1
	ACS vs B'CS	12	12	1	.47	2.12	.03	0.22 1	1
	ACS vs SEGCS	12	12	1	.47	2.12	.03	0.22 1	1
	ACD vs BCD	-6	6	-1	.58	-1.73	.08	-1 -0.05	0
	ACD vs STCD	-9	9	-1	.51	-1.96	.05	-1 -0.16	0
	ACD vs B'CD	-12	12	-1	.47	-2.12	.03	-1 -0.22	0
	ACD vs SEGCD	-12	12	-1	.47	-2.12	.03	-1 -0.22	0

Nota: A (Línea de base), B y B' (tratamiento), ST (sin tratamiento), SEG (seguimiento), CS

(conductas saludables), y CD (conductas depresivas). Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 5, se observa que el sujeto 5 presenta cambios significativos entre las fases A vs ST (TAU-U=1, $p=.05$), A vs B' (TAU-U=1, $p=.03$), y A vs SEG (TAU-U=1, $p=.03$) en conductas saludables; y en conductas depresivas en las fases A vs ST (TAU-U=-1, $p=.05$), A vs B' (TAU-U=-1, $p=.03$), y A vs SEG (TAU-U=-1, $p=.03$).

Tabla 5.

Pruebas de hipótesis de las fases A, B, ST, B' y Seguimiento del sujeto 5.

Sujeto	Label	S	PAIRS	TAU	SDtau	Z	P Value	CI 90%	NAP
5	ACS vs BCS	4	6	.67	.58	1.15	.25	-0.28 1	.83
	ACS vs STCS	9	9	1	.51	1.96	.05	0.16 1	1
	ACS vs B'CS	12	12	1	.47	2.12	.03	0.22 1	1
	ACS vs SEGCS	12	12	1	.47	2.12	.03	0.22 1	1
	ACD vs BCD	-3	6	-.5	.58	-0.87	.39	-1 0.45	.25
	ACD vs STCD	-9	9	-1	.51	-1.96	.05	-1 -0.16	0
	ACD vs B'CD	-12	12	-1	.47	-2.12	.03	-1 -0.22	0
	ACD vs SEGCD	-12	12	-1	.47	-2.12	.03	-1 -0.22	0

Nota: A (Línea de base), B y B'(tratamiento), ST (sin tratamiento), SEG (seguimiento), CS (conductas saludables), y CD (conductas depresivas). Fuente: Elaboración propia.

Los datos obtenidos del NAP (no solapamiento de todos los pares) según Parker y Vannest (2009), en los todos los sujetos indicaron efectos grandes ($NAP = [.92; 1]$) en las conductas saludables. Con excepción del sujeto 1 en la fase A-B (NAP de .58) y el sujeto 3 en las fases A-ST y A-SEG ($NAP = [.67; .75]$) que tienen un efecto medio. En las conductas depresivas presenta un efecto débil ($NAP = [0; .33]$) en todos los sujetos; con excepción del sujeto 2 en la fase A-B ($NAP = 1$) con efecto grande.

Finalmente, la comparación entre los cinco sujetos según las medidas Pre (antes de iniciar la línea de base), Post G (intervención grupal y presencial), Post I (intervención virtual e individual) y Seguimiento (virtual e individual) de la escala Zung para la depresión (ver Figura 3), mostró un cambio de severidad y disminución de los síntomas depresivos en los sujetos 1, 3 y 5 que pasaron de tener depresión media en el Pre a depresión subclínica en el seguimiento. El sujeto 2 presentó disminución entre el Pre y el seguimiento, sin embargo, se mantuvo con

depresión media. Por último, el sujeto 4 disminuye de depresión subclínica a ausente entre el pre y el seguimiento, aunque en el Post G presenta un aumento de síntomas (depresión media).

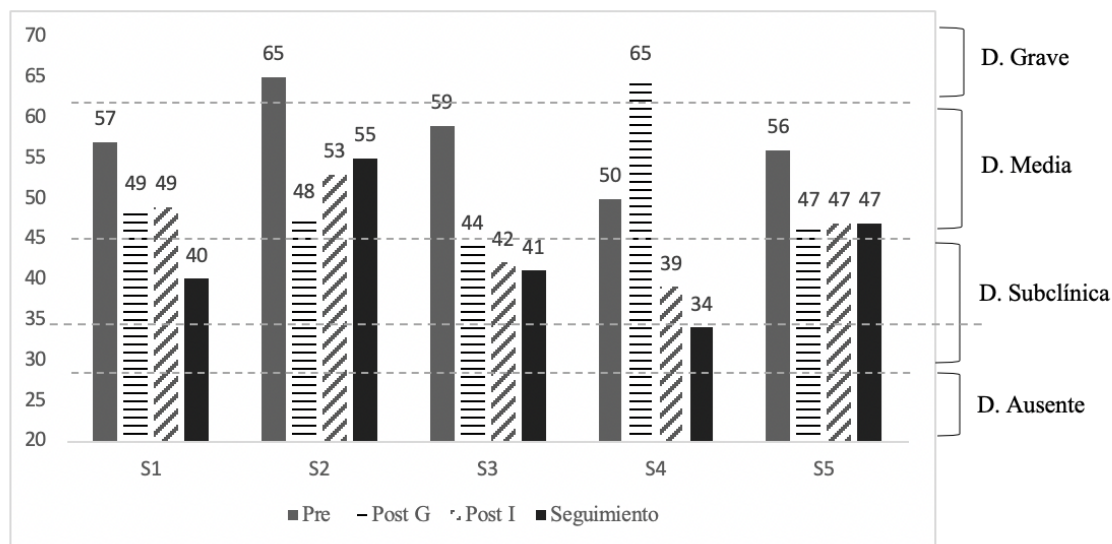


Figura 3. Puntuaciones de las medidas Pre, Post G, Post I y Seguimiento en la escala Zung para la depresión de los cinco sujetos.

En la Figura 4, se observan los resultados obtenidos del Pre, Post G, Post I y Seguimiento de la escala EROS, los cuales se analizaron con base al índice de Jacobson y Truax (1991), el cual determina cambio clínicamente significativo a partir de 6 puntos, en los sujetos 1 y 4 entre el Pre y Seguimiento. Los sujetos 3 y 5 aunque presentan aumento del refuerzo medioambiental, no logran ser cambios significativos. El sujeto 2 presenta cambio clínicamente significativo entre el Pre, Post G y Post I, pero en Seguimiento, baja la percepción del refuerzo medioambiental.

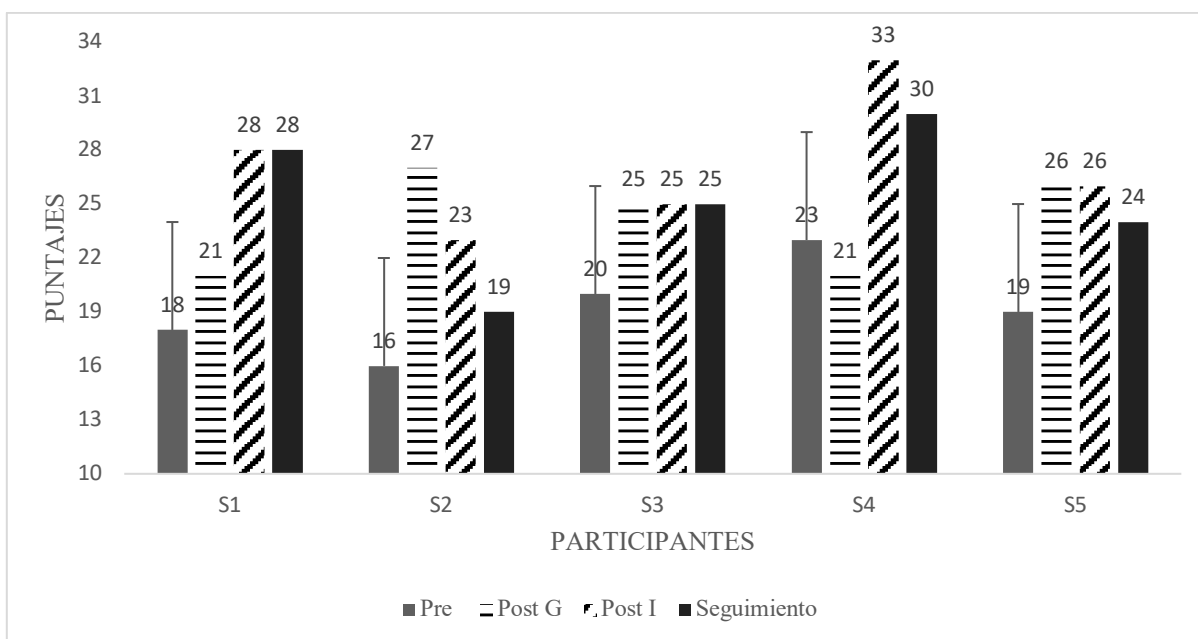


Figura 4. Puntuaciones de las medidas Pre, Post G, Post I y Seguimiento en EROS de los cinco sujetos.

El análisis de los datos obtenidos de la escala BADS se expondrá por sus dimensiones en relación con las mediciones Pre, Post G, Post I y Seguimiento. La dimensión de *activación* (Figura 5), refleja el nivel de activación que presentaron los sujetos, analizado con el índice de Jacobson y Truax (1991), que corrobora el cambio clínicamente significativo a partir de 9 puntos, en los sujetos 1 y 3 entre el Pre y Seguimiento. El sujeto 4 presentó aumento entre el Pre y Seguimiento, y en el Pre G se evidenció una disminución en la activación. El sujeto 5 presenta disminución en la activación entre el Pre y Seguimiento.

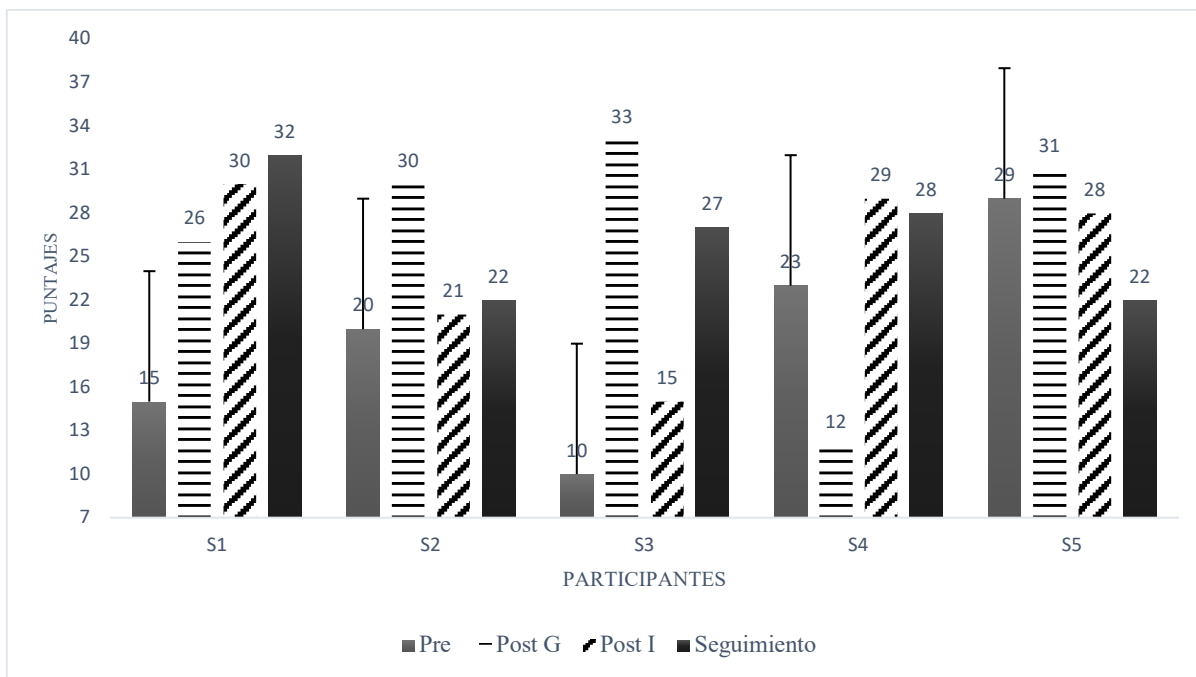


Figura 5. Comparaciones de las medidas Pre, Post G, Post I y Seguimiento del BADS de los cinco sujetos de la dimensión de *activación*.

La dimensión de *evitación* (Figura 6), se analizó con el índice de Jacobson y Truax (1991), que muestra el cambio clínicamente significativo en la disminución de 12 puntos, en los sujeto 3 y 4 entre el Pre y Seguimiento. Los sujetos 1 y 5 presentaron disminución en las conductas de evitación. El sujeto 2 permanece constante entre el Pre y Seguimiento, sin embargo, en el Post G se evidenció un aumento en las conductas de evitación.

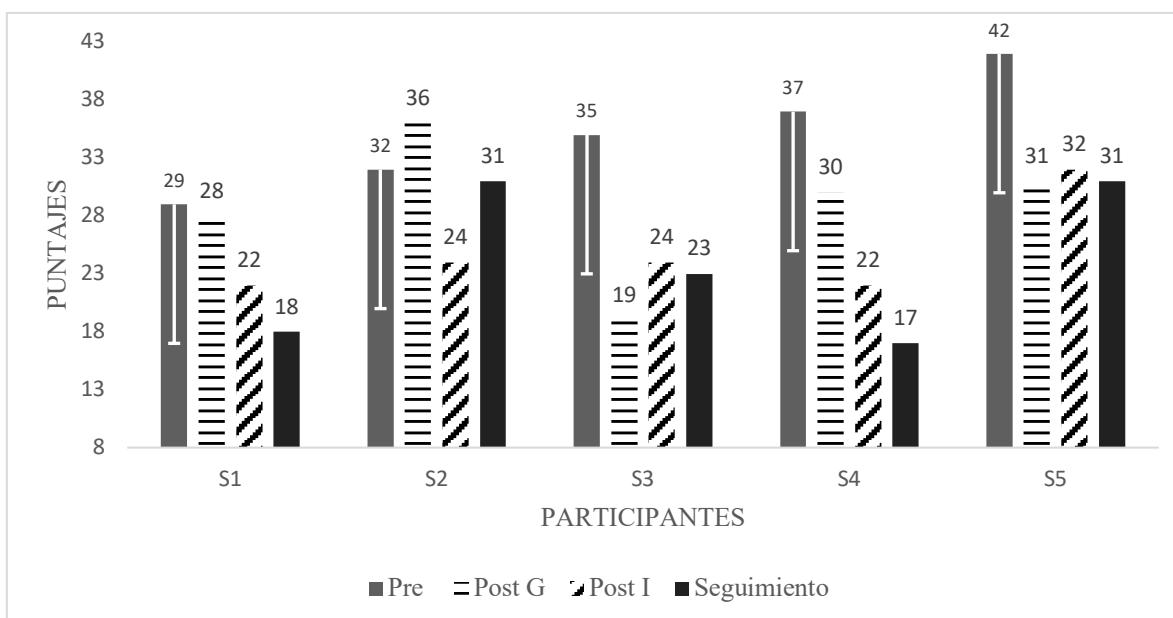


Figura 6. Comparaciones de las medidas Pre, Post G, Post I y Seguimiento del BADS de los cinco sujetos de la dimensión de *evitación*.

La dimensión de *trabajo/escuela* (Figura 7), se tuvo en cuenta el índice de Jacobson y Truax (1991) que muestra el cambio clínicamente significativo a partir de la reducción de 9 puntos, en los sujetos 1, 2, 4 y 5 entre las medidas del Pre y Seguimiento. El sujeto 3 no se evidenciaron variaciones entre el Pre y Seguimiento, sin embargo, en el Pre G se evidenció una disminución significativa.

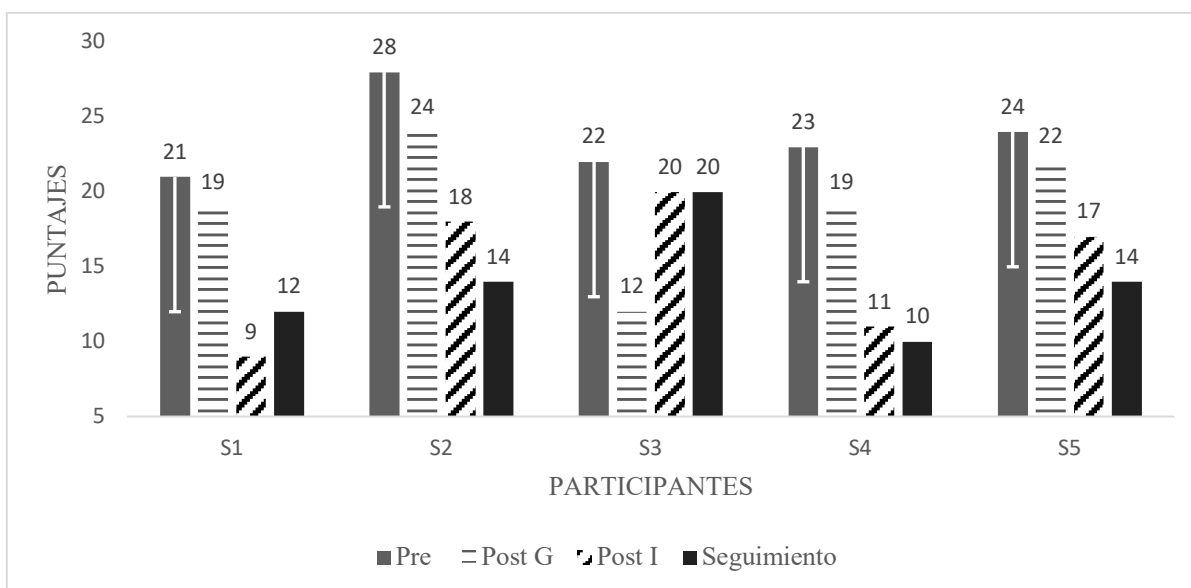


Figura 7. Comparaciones de las medidas Pre, Post G, Post I y Seguimiento del BADS de los cinco sujetos de la sub escala de *trabajo/escuela*.

En la dimensión *social* (Figura 8), se tiene en cuenta el índice de Jacobson y Truax (1991), para evidenciar el cambio clínicamente significativo a partir de la reducción de 7 puntos, en los sujetos 1, 3 y 4 en las medidas Pre y Seguimiento. El sujeto 2 entre el Pre y Seguimiento no se presentaron variaciones en las puntuaciones, sin embargo, en el Post I logra una disminución significativa.

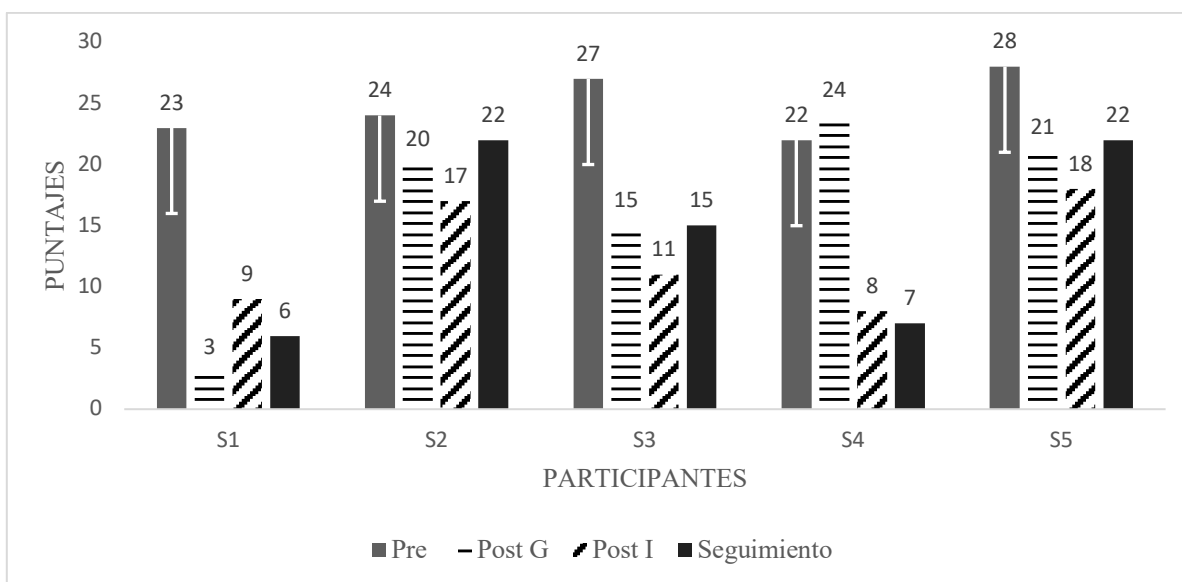


Figura 8. Comparaciones de las medidas Pre, Post G, Post I y Seguimiento del BADS de los cinco sujetos de la sub escala de *social*.

Los datos recopilados en la escala DASS 21, se presentarán por sus tres dimensiones *depresión*, *ansiedad* y *estrés*, en relación con las mediciones Pre (antes de iniciar la línea de base), Post G (intervención grupal y presencial), Post I (intervención virtual e individual) y Seguimiento (virtual e individual). En la Figura 9, se presentan las puntuaciones del nivel de *depresión* entre el Pre y Seguimiento, el sujeto 1 pasa de depresión severa a leve. Los sujetos 2 y 5 pasan de depresión extremadamente severa a moderada. El sujeto 3 pasó de depresión severa a leve. El sujeto 4 pasó de moderada a ausente, pero en el Post G sube a depresión extremadamente severa.

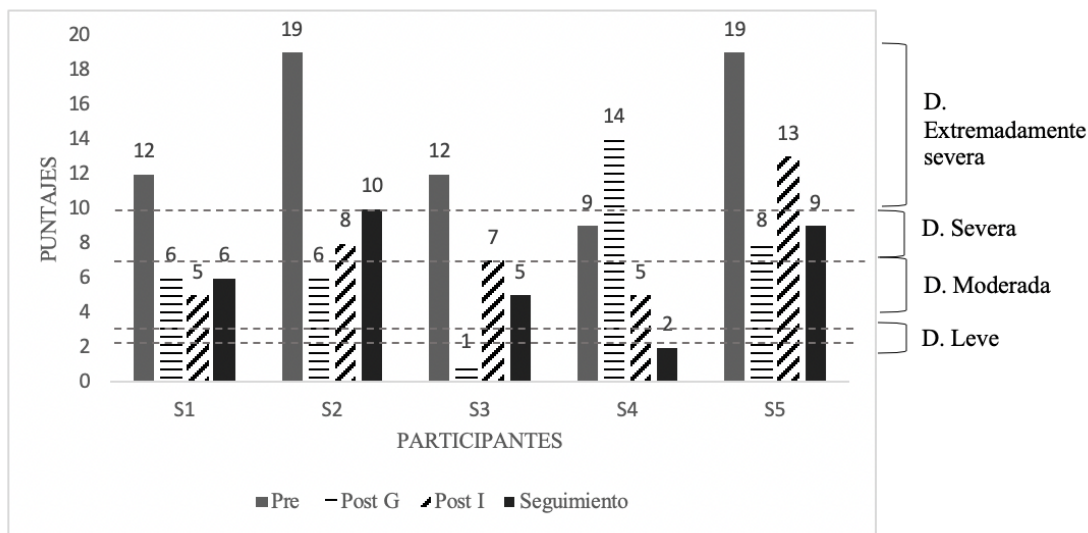


Figura 9. Comparaciones de las medidas Pre, Post G, Post I y Seguimiento de la escala DASS 21 de los cinco sujetos de la dimensión de depresión.

En la dimensión *ansiedad* (Figura 10), se indican los niveles de ansiedad obtenidos por los sujetos en las comparaciones entre el Pre y Seguimiento, el sujeto 1 y 3 se mantienen en ansiedad leve. El sujeto 2, paso de ansiedad severa a leve. El sujeto 4 de ansiedad moderada a ausencia de ansiedad; y el sujeto 5, de ansiedad extremadamente severa a severa.

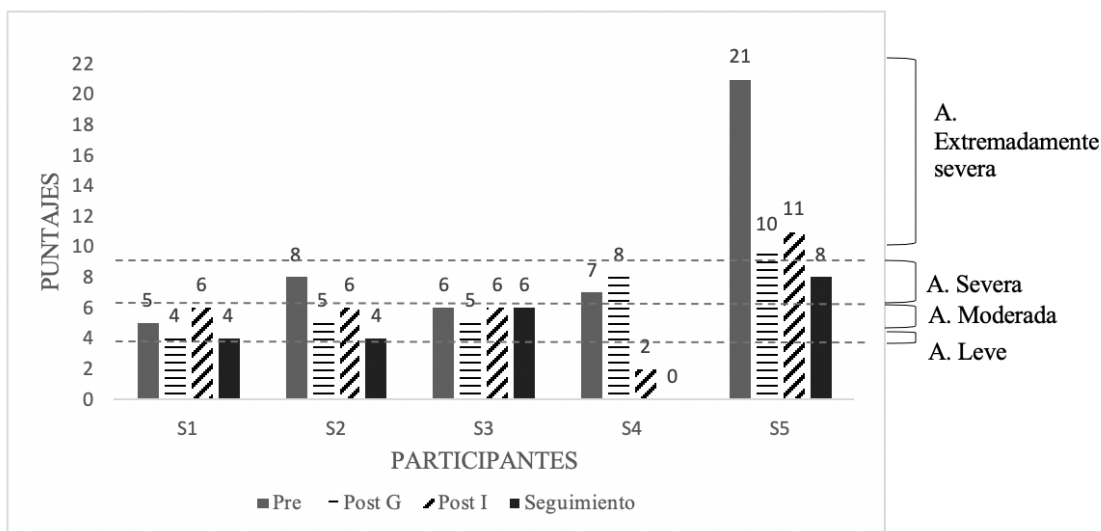


Figura 10. Comparaciones de las medidas Pre, Post G, Post I y Seguimiento de la escala DASS 21 de los cinco sujetos de la dimensión de ansiedad.

La Figura 11, refleja los niveles de *estrés* percibidos por los sujetos, en las comparaciones entre el Pre y Seguimiento. El sujeto 1, paso de estrés severo a ausencia de estrés. El sujeto 2, de estrés severo a estrés leve. Los sujetos 3 y 4 presentaron ausencia de estrés, aunque el sujeto 4 en el Post G subió a estrés moderado. El sujeto 5, paso de estrés extremadamente a moderado.

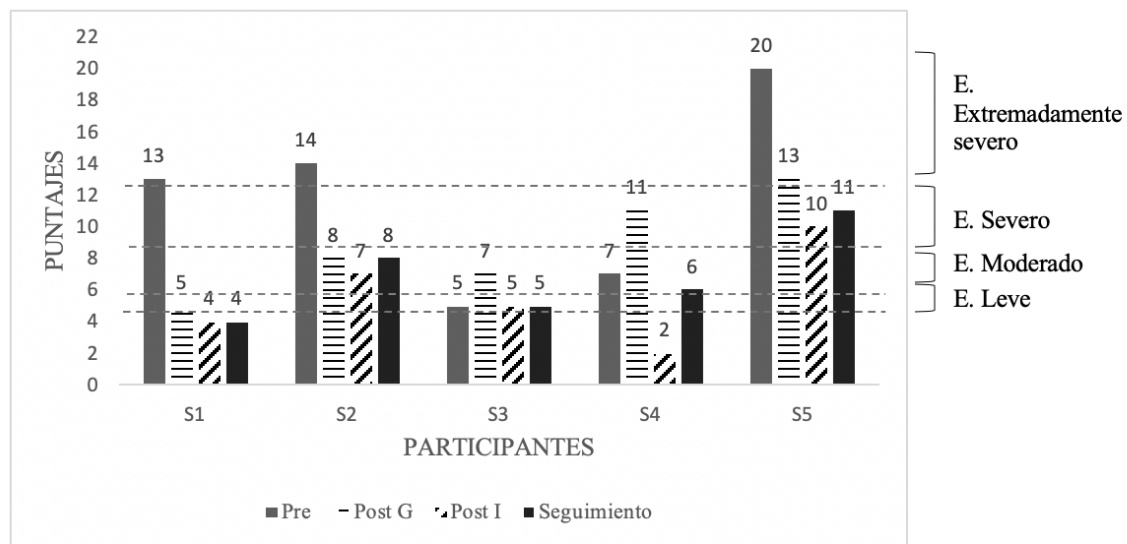


Figura 11. Comparaciones de las medidas Pre, Post G, Post I y Seguimiento de la escala DASS 21 de los cinco sujetos de la dimensión de estrés.

Discusión

El estudio tuvo como objetivo estimar el efecto del Protocolo Breve de Activación Conductual para la Depresión (BATD-R) en dos formatos de intervención (grupal e individual), sobre la frecuencia de conductas depresivas y conductas saludables, el refuerzo medio ambiental, el nivel de depresión, ansiedad y estrés, y la activación conductual en personas con depresión moderada y leve. Para ello, se realizó una estimación entre las mediciones Pre, Post G, Post I y Seguimiento, en donde se pudo observar que la implementación del BATD-R tuvo un efecto positivo en la reducción de las conductas depresivas y el incremento de las conductas saludables.

En relación con lo anterior, se identificó disminución en la frecuencia de conductas depresivas y aumento en la frecuencia de conductas saludables, lo que respalda una variabilidad significativa entre fases según los valores NAP (no solapamiento de todos los pares) en todos los participantes en las conductas saludables. Estos resultados, dan cuenta del efecto positivo que tuvieron las actividades en el patrón comportamental de los participantes. Incluso en el sujeto 3, que no presentó un aumento significativo de las conductas saludables, en quien se observó que estas conductas empiezan a disminuir a partir de la fase ST, B' y Seguimiento; tiempo en el que inicia la medida de confinamiento (medida de seguridad adoptada por el país para mitigar los efectos de la pandemia ocasionada por el COVID-19).

Con base a lo anterior, se pudo encontrar que el valor reforzante es equivalente al esfuerzo y tiempo invertido por los sujetos cuando realizan conductas saludables en comparación con las conductas depresivas (Bianchi & Henao, 2015), en este sentido, se

ratificó que la tasa de respuesta de una alternativa es similar o igual a la tasa de reforzamiento que dicha alternativa recibe (Hopko et al., 2003).

Por otro lado, los sujetos presentaron cambios en las puntuaciones de las medidas Pre y Seguimiento de los síntomas depresivos (Zung para depresión), con excepción del sujeto 2, que presentó disminución de los síntomas, pero permaneció con depresión media. Las puntuaciones Pre y Seguimiento de la Escala de Observación de Recompensa Medioambiental (EROS), se observan cambios significativos en dos de los cinco sujetos, en los otros solo se observa un leve aumento en las puntuaciones. Estos resultados son acordes con los obtenidos en el estudio de Garcés et al. (2017), en el que reportan disminución de los síntomas depresivos y un aumento del refuerzo medioambiental, dado que la activación conductual permite incrementar la posibilidad de acceso a los reforzadores, y favorecer al consultante para que adopte una postura activa frente al proceso de entrenamiento y aprendizaje.

En la Escala de Activación Conductual para la Depresión (BADs), se observan cambios en tres de los cinco sujetos en las dimensiones de *activación*, *evitación/rumiación*, *trabajo/escuela y social*. El sujeto 1, es el único que logra los cambios esperado en las cuatro dimensiones. El sujeto 2, en las dimensiones de *activación* y *evitación*, no logra cumplir con los criterios de cambio; similar con los datos obtenidos en la escala Zung para la depresión; además, presentó dificultades en la convivencia con familia y dificultad para conseguir trabajo. Estos resultados concuerdan con los obtenidos en los estudios realizados por Reyes, Uribe y Bianchi (2019), Garcés et al. (2017) y Ekers et al. (2014), los cuales corroboran que, a raíz del tratamiento psicológico, se obtuvieron efectos altamente

significativos en la disminución de los síntomas depresivos tanto en adultos diagnosticados con depresión como en universitarios.

Los resultados obtenidos en la Depression Anxiety and Stress Scale - 21 (DASS 21), que presentó cambios significativos en los niveles de *depresión*, *ansiedad* y *estrés* en los cinco sujetos. Estos resultados son similares a los recopilados por Chen et al. (2013); refieren que presenta mayores resultados en el decremento en la dimensión de *depresión*, y concuerdan en la disminución de los síntomas depresivos a lo largo de la intervención psicológica.

Durante la investigación, se ha de tener en cuenta diferentes elementos que facilitaron la intervención. En el formato grupal, factores como las verbalizaciones de los sujetos en relación con la aceptación, normalización y apoyo brindado por los otros integrantes del grupo, facilitar aprendizaje de conductas adaptativas y estrategias de afrontamiento (Pérez, 2007; Correa, 2016; Marogna & Caccamo, 2014). Por otro lado, en las sesiones virtuales e individuales, se logró mantener la adherencia de los sujetos, además permitieron continuar con la intervención a pesar de la crisis a nivel mundial (Mercado, 2020) que impedían la presencialidad de las sesiones.

Asimismo, las intervenciones grupales y virtuales se presentan como una alternativa ante las dificultades en el sector de la salud pública (dificultades para acceder a servicios cualificados que presten una atención oportuna, cobertura ante la alta demanda, el tiempo, los costos asociados y la alta prevalencia de cuadros depresivos) (Üstün et al., 2004; Masís et al., 2010). Disminuyendo los índices de deserción asociados con factores económicos, horarios de atención y tiempos de desplazamiento (Obando-Posada et al., 2017).

La modalidad virtual e individual permitió dar solución a una de las dificultades presentadas en las intervenciones presenciales y grupales, en lo referente al efecto de reactividad a la evaluación (Sánchez, 2002), lo que corroboraron los sujetos al final de la intervención. No obstante, esta modalidad presentó dificultades con las fallas de conexión de red o el limitado acceso a la misma, en especial cuando los sujetos se encuentran en ciudades alejadas a las principales; y la pérdida de algunos elementos no verbales (Melchiori, Sansalone & Borda, 2011; Muriel, 2012; Macías & Valero, 2018).

Por otra parte, diferentes estudios reportan las afectaciones psicológicas relacionadas con la pandemia a nivel mundial del COVID-19, como aislamiento social, aumento de síntomas de depresión, ansiedad y estrés; cambios en las dinámicas familiares y sociales (Inchausti et al., 2020; Ramírez-Ortiz et al., 2020). Esto daría cuenta de los datos encontrados en el sujeto 2, en las diferentes escalas de medición. En la dimensión de *activación* (BADS) en los sujetos 2 y 5, quienes disminuyen las puntuaciones de activación cuando inicia el confinamiento preventivo en las mediciones Post I y Seguimiento.

La aplicación del BATD-R que se llevó a cabo en este estudio, permitió dar cuenta de las ventajas que ofrece el protocolo. La flexibilidad del protocolo al momento de realizar la aplicación en las dos modalidades (presencial y virtual) y formatos (grupal e individual), demostrando resultados favorables en la activación y/o incremento de actividades saludables en los participantes; con base a la información recopilada de los meta análisis de Mazzucchelli, Kane y Rees, (2009), Mazzucchelli, Kane y Rees (2010), Ekers, Richards y Gilbody (2008), y Ekers et al. (2014).

No obstante, la flexibilidad en la administración del protocolo que combinó la aplicación del BATD-G y el BATD-R expuesta en esta investigación no se ha replicado en estudios previos, aun así, se logran corroborar los resultados obtenidos en los meta análisis planteado (Mazzucchelli et al., 2009; Mazzucchelli et al., 2010; Ekers et al., 2008; Ekers et al., 2014), no se presentaron dificultades al cambiar la modalidad y el formato del protocolo, de acuerdo con los resultados encontrados y los reportes verbales de los sujetos que hicieron parte de la investigación.

Además, esta investigación permite evidenciar que, pese a circunstancias ajenas a la investigación (cuarenta obligatoria) el lapso de tiempo de tres semanas, que los sujetos estuvieron sin intervención no se presentaron variaciones que afectan los resultados, elemento que no se ha considerado en investigaciones y/o meta análisis previos, por lo que puede ser un factor a tener en cuenta en investigaciones futuras, evaluar cual es el momento más momento es viable realizar una interrupción del protocolo.

Por último, se concluye que, pese a las limitaciones presentadas durante la investigación, se logra dar cuenta el objetivo de la investigación al estimar el efecto del Protocolo Breve de Activación Conductual para la Depresión (BATD-R) en dos formatos de intervención, a personas con depresión; evidenciando la activación conductual de los sujetos, la disminución de las conductas depresivas, y la flexibilidad que presenta el protocolo en la aplicación. Se recomienda para futuras investigaciones, incluir el uso de apps para realizar los registros de actividades diarias, y realizar aplicaciones el protocolo con las dos modalidades en diversas poblaciones que den cuenta de la efectividad del protocolo de activación conductual breve en las dos modalidades.

Referencias

- Acero, P., Cabas, K., Caycedo, C., Figueroa, P., Patrick, G & Rudas, M. (2020). Telepsicología: sugerencias para la formación y el desempeño profesional responsable. Bogota: Colegio Colombiano de Psicólogos y Asociación Colombiana de Facultades de Psicología.
- Álamo, C., López-Muñoz, F., & Armada, M. J. (2008). Agomelatina: un nuevo enfoque farmacológico en el tratamiento de la depresión con traducción clínica. *Psiquiatría Biológica*, 15(4), 125-139.
- American Psychiatric Association. (2014). DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Colombia: Ed. Medica Panamericana.
- Arjadi, R., Nauta, M., Scholte, W., Hollon, S., Chowdhary, N., Suryani, A., ... & Bockting, C. (2018). Internet-based behavioural activation with lay counsellor support versus online minimal psychoeducation without support for treatment of depression: a randomised controlled trial in Indonesia. *The Lancet Psychiatry*, 5(9), 707-716.
- Armento, M., & Hopko, D. (2007). The Environmental Reward Observation Scale (EROS): Development, validity, and reliability. *Behavior Therapy*, 38(2), 107-119.
- Armijo-Olivo, S. (2018). The importance of determining the clinical significance of research results in physical therapy clinical research. *Brazilian journal of physical therapy*, 22(3), 175.
- Ataie-Moghanloo, V., Ataie-Moghanloo, R., & Moazezi, M. (2015). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy for Depression, Psychological Well-Being

- and Feeling of Guilt in 7 - 15 years old Diabetic Children. *Addictive Behaviors*. 49(2), 24-28.
- Barraca, J. (2010). Tratamiento de activación conductual para la depresión (TACD): Descripción, técnicas y aplicación. *Prolepsis, Colegio Oficial de Psicólogos de Castilla y León*, 5, 27-39
- Barraca, J. & Pérez-Álvarez, M. (2010). Adaptación española del Environmental Reward Observation Scale (EROS). *Ansiedad y estrés*, 16 (1), 95-107. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/273832232_ADAPTACION_ESPANOL_A_DEL_ENVIRONMENTAL_REWARD_OBSERVATION_SCALE_EROS.
- Barraca, J. & Pérez-Álvarez, M. (2015). Activación conductual para el tratamiento de la depresión. Madrid: Síntesis.
- Bianchi, J., & Henao, A. (2015). Activación conductual y depresión: Conceptualización, evidencia y aplicaciones en Iberoamérica. *Terapia Psicológica*, 33(2). 69-80.
- Bianchi, J., & Muñoz-Martínez, A. (2014). Activación Conductual: Revisión histórica, conceptual y empírica. *Psychologia: Avances de la disciplina*, 8, 83–93. <https://doi.org/10.21500/19002386.1223>.
- Blakey, S. M., Abramowitz, J. S., Leonard, R. C., & Riemann, B. C. (2018). Does Exposure and Response Prevention Behaviorally Activate Patients with Obsessive-Compulsive Disorder? A Preliminary Test. *Behavior Therapy*. doi: 10.1016/j.beth.2018.05.007

- Campo-Arias, A., Díaz-Martínez, L., Rueda-Jaimes, G., & Barros-Bermúdez, J. (2005). Validación de la escala de Zung para depresión en universitarias de Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXIV (1), 54-62.
- Carvalho, J. P., & Hopko, D. R. (2011). Behavioral theory of depression: Reinforcement as a mediating variable between avoidance and depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42, 154–162.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2010.10.001>
- Chen, J., Liu, X., Rapee, R. M., & Pillay, P. (2013). *Behavioral activation: A pilot trial of transdiagnostic treatment for excessive worry. Behaviour Research and Therapy*, 51(9), 533–539. doi: 10.1016/j.brat.2013.05.010
- Colegio Colombiano de Psicólogos. (2012). Deontología Y Bioética Del Ejercicio De La Psicología en Colombia. Bogotá: Colegio Colombiano de Psicólogos.
- Correa, A. (2016). Psicoterapia grupal para adultos mayores con depresión y ansiedad. *Psicogeriatría* 6(2), 51-59. Recuperado de: https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0602/602_0051_0059.pdf
- Dahne, J., Kustanowitz, J., & Lejuez, C. W. (2018). Development and Preliminary Feasibility Study of a Brief Behavioral Activation Mobile Application (Behavioral Apptivation) to Be Used in Conjunction with Ongoing Therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 25(1), 44–56. doi: 10.1016/j.cbpra.2017.05.004
- Dahne, J., Collado, A., Lejuez, C. W., Risco, C. M., Diaz, V. A., Coles, L., Kustanowitzg, J., Zvolensky, M., & Carpenter, M. J. (2019). Pilot randomized controlled trial of a Spanish-language Behavioral Activation mobile app (¡Aptívatel!) for the treatment

- of depressive symptoms among united states Latinx adults with limited English proficiency. *Journal of Affective Disorders*, 250, 210-217.
- Díaz, L., Campo, A., Rueda, G., & Barros, J. (2005). Propuesta de una versión abreviada de la escala de Zung para depresión. *Colombia Médica*, 36 (3), 168-172.
- Dimidjian, S., Barrera, M., Martell, C., Muñoz, R. F., & Lewinsohn, P. M. (2011). The Origins and Current Status of Behavioral Activation Treatments for Depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7(1), 1–38. doi:10.1146/annurev-clinpsy-032210-104535
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., ... & Atkins, D. C. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(4), 658.
- Ekers, D., Richards, D., & Gilbody, S. (2008). A meta-analysis of randomized trials of behavioural treatment of depression. *Psychological Medicine*, 38, 611–623
- Ekers, D., Webster, L., Van Straten, A., Cuijpers, P., Richards, D., & Gilbody, S. (2014). Behavioural Activation for Depression; An Update of Meta-Analysis of Effectiveness and Sub Group Analysis. *PLOS ONE*, 9(6), e100100. doi: 10.1371/journal.pone.0100100
- Ferster, C. (1973). A Functional Analysis of Depression. *American Psychologist*, 28, 857–870. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/h0035605>

- Garcés, D., Romero, P., Bianchi, J., & Montoya, C. (2017). Adaptación y pilotaje de un protocolo de activación conductual grupal sobre conductas depresivas (Tesis de Maestría). Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Bogotá, Colombia.
- García, I. (2008). Evolución de la Psicoterapia en la Esquizofrenia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28, 9-25. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v28n1/v28n1a02.pdf>
- Gast, D. L., & Ledford, J. R. (2014). *Single case research methodology: Applications in special education and behavioral sciences* (2nd ed.). New York, NY: Routledge.
- Gawrysiak, M., Nicholas, C., & Hopko, D. R. (2009). Behavioral activation for moderately depressed university students: Randomized controlled trial. *Journal of Counseling Psychology*, 56(3), 468–475. doi:10.1037/a0016383
- Gómez Restrepo, C., Bohórquez Peñaranda, A., Gil Laverde, J. F., & Pérez Muñoz, V. (2005). Conocimiento sobre los trastornos depresivos y evaluación de una intervención educativa aplicada a médicos de atención primaria en Bogotá, Colombia Resultados colombianos del Proyecto Internacional de Depresión. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(2).
- González-Peña, P., Torres, R., Barrio, V. D., & Olmedo, M. (2017). Uso de las nuevas tecnologías por parte de los psicólogos españoles y sus necesidades. *Clínica y salud*, 28(2), 81-91.
- Guadarrama, L., Escobar, A., & Zhang, L. (2006). Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. *Revista Facultad Medicina UNAM*, 49(2), 66-72

- Hayes, S., Strosahi, K., & Wilson, K. (1999). Acceptance and commitment therapy. Nueva York. The Guilford Press.
- Heerlein, A. (2002). Tratamientos farmacológicos antidepresivos. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 40, 21-45.
- Heffner, J., Watson, N., Serfozo, E., Mull, K., MacPherson, L., Gasser, M., & Bricker, J. B. (2019). A Behavioral Activation Mobile Health App for Smokers with Depression: Development and Pilot Evaluation in a Single-Arm Trial. *JMIR formative research*, 3(4), e13728.
- Hershenberg, R., Smith, R. V., Goodson, J. T., & Thase, M. E. (2018). Activating Veterans Toward Sources of Reward: A Pilot Report on Development, Feasibility, and Clinical Outcomes of a 12-Week Behavioral Activation Group Treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*, 25(1), 57–69. doi: 10.1016/j.cbpra.2017.04.001
- Hollon, S. D., Thase, M. E., & Markowitz, J. C. (2002). Treatment and Prevention of Depression. *Psychological Science in the Public Interest*, 3(2), 39–77. doi:10.1111/1529-1006.00008
- Hopko, D., Bell, J., Armento, M., Hunt, M & Lejuez, C. (2005). Behavior Therapy for Depressed Cancer Patients in Primary Care. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(2), 236-243. doi: 10.1037/0033-3204.42.2.236
- Hopko, D. R., Lejuez, C. W., Ruggiero, K. J., & Eifert, G. H. (2003). Contemporary behavioral activation treatments for depression: Procedures, principles, and progress. *Clinical Psychology Review*, 23(5), 699–717. doi:10.1016/s0272-7358(03)00070-9

- Hubley, S., Woodcock, E. A., Dimeff, L. A., & Dimidjian, S. (2014). *Disseminating Behavioral Activation for Depression via Online Training: Preliminary Steps. Behavioral and Cognitive Psychotherapy, 43*(02), 224-238.
doi:10.1017/s1352465813000842
- Inchausti, F., García-Poveda, N., Prado-Abril, J., & Sánchez-Reales, S. (2020). La psicología clínica ante la pandemia COVID-19 en España. *Clinica y Salud, 31*(2), 105-107.
- Jacobson, N., & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 12-19.
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., Gortner, E., & Prince, S. E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 295–304. doi:10.1037/h0100920
- Jacobson, N. S., Martell, C. R., & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice, 8*, 255–270.
- Kanter, J., Cautilli, J., Busch, A. & Baruch, D. (2005). Toward a Comprehensive Functional Analysis of Depressive Behavior: Five Environmental Factors and a Possible Sixth and Seventh. *The Behavior Analyst Today, 6* (1), 65-81. doi: 10.1037/h0100055

- Kanter, J., Mulick, P., Busch, A., Berlin, K., y Martell, C. (2007). The behavioral activation for depression scale (BADs): psychometric properties and factor structure. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29(3), 191–202.
doi:10.1007/s10862-006-9038-5
- Kanter, J., Rusch, L. C., Busch, A. M., & Sedivy, S. K. (2009). Validation of the behavioral activation for depression scale (BADs) in a community sample with elevated depressive symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31, 36-42. doi:10.1007/s10862-008-9088-y
- Korman, G., & Sarudiansky, M. (2011). Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 15(1), 119-145.
- Leal, D., Bianchi, J., & Villalba, J. (2016). Propiedades psicométricas de la escala de activación conductual para la depresión (BADs) (Tesis de Maestría). Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Bogotá, Colombia.
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R., Acierno, R., Daughters, S. B., & Pagoto, S. L. (2011). Ten-year revision of the brief behavioral activation treatment for depression: revised treatment -manual. *Behavior modification*, 35(2), 111-161.
doi:10.1177/0145445510390929
- LeMoult, J., & Gotlib, I. H. (2018). Depression: A cognitive perspective. *Clinical Psychology Review*.doi:10.1016/j.cpr.2018.06.008

Ley 1090 del 6 de septiembre de 2006. Por el cual se reglamente se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones.

Lezama, S. (2012). Propiedades psicométricas de la escala de Zung para síntomas depresivos en población adolescente escolarizada colombiana. *Psychologia*, 6(1), 91-101.

Lewinsohn, P. (1974). A behavioral approach to depression. En R. J. Friedman, & M.M. Katz (Eds.). *Psychology of depression: Contemporary theory and research* (pp. 157-185). Oxford, England: John Wiley, & Sons.

Luciano, C. (2016). La evolución de ACT. *Análisis y Modificación de Conducta*, 41, 1-28

Macías M., J.J. & Valero A., L. (2018). La psicoterapia on-line ante los retos y peligros de la intervención psicológica a distancia. *Apuntes de Psicología*, 36(1-2), 107-113.

Maero, F., Mathot, M.I., & Principi, C. (2010). Manual revisado para Tratamiento Breve de Activación Conductual para Depresión (BATD-R). (unpublished manual).

Marogna, C., & Caccamo, F. (2014). Analysis of the process in brief psychotherapy group: the role of therapeutic factors. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 43-51.

Martell, C., Dimidjian, S. & Herman-Dunn, R. (2010). Behavioral activation for depression. A clinician's guide. *Nueva York: Guilford Press*.

Masís, D. P., Gómez-Restrepo, C., Restrepo, M. U., Miranda, C., Pérez, A., Espriella, M., ... Rondón, M. (2010). La carga económica de la depresión en Colombia: costos

- directos del manejo intrahospitalario. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(3), 465–480. doi:10.1016/s0034-7450(14)60219-5
- Mazzucchelli, T., Kane, R., & Rees, C. (2009). Behavioral Activation Treatments for Depression in Adults: A Meta-analysis and Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16(4), 383–411. doi:10.1111/j.1468-2850.2009.01178.x
- Mazzucchelli, T. G., Kane, R. T., & Rees, C. S. (2010). Behavioral activation interventions for well-being: A meta-analysis. *The Journal of Positive Psychology*, 5(2), 105–121. doi:10.1080/17439760903569154
- Melchiori, J.A., Sansalone, P.A. & Borda, T. (2011). Psicoterapias on-line: aportes y controversias acerca del uso de los recursos que ofrece internet para la psicoterapia. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología -Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires
- Mercado, R. G. (2020). Propuesta de atención para los servicios de psicoterapia en línea (telepsicoterapia) derivados del COVID-19 en México. *Psicología y Salud*, 30(1), 133-136.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). Boletín de salud mental Depresión Subdirección de Enfermedades No Trasmisibles. Bogotá (D.C.), marzo del 2017. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-depresion-marzo-2017.pdf>

- Moffett, L. A., Kharrazi, N., & Vaught, A. (2016). Using clinicians' ideal social climate ratings in group therapy training: staff development, supervision, and teaching. *International Journal of Group Psychotherapy*, 66(1), 34-55.
- Muriel, J. G. (2012). Reflexión sobre cómo los psicólogos perciben las intervenciones psicológicas online. *Revista virtual Universidad católica del Norte*, 1(35), 346-365.
- NIMH. (2010). Depresión. Instituto nacional de la salud. Departamento de la salud y servicios humanos de los Estados Unidos. Recuperado de:
https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression-sp/depression_sp_quad_508_ln_12_23_10_141885.pdf
- NIMH. (2015). La Depresión Lo que debe saber. Instituto nacional de la salud. Departamento de la salud y servicios humanos de los Estados Unidos. Recuperado de: https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/la-depresion-lo-que-usted-debe-saber/sp-15-3561_153386.pdf
- Obando-Posada, D., Romero-Porras, J., Trujillo-Cano, A., & Prada-Mateus, M. (2017). Estudio epidemiológico de salud mental en población clínica de un centro de atención psicológica. *Psychologia*, 11 (1), 85-96.
- Organización Mundial de la Salud (2015). A nivel mundial, el personal sanitario y los fondos destinados a la salud mental siguen siendo escasos. Recuperado el 12 de febrero de 2019 de: <https://www.who.int/es/news-room/detail/14-07-2015-global-health-workforce-finances-remain-low-for-mental-health>

Organización Mundial de la Salud (2016-2017). Organización mundial de la salud.

Recuperado el 24 de septiembre de 2018 de: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>.

Organización Mundial de la Salud (2018). Organización mundial de la salud. Recuperado el 24 de septiembre de 2018 de: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Organización Panamericana de la Salud (2017). Depresión y otros trastornos mentales comunes. *Estimaciones sanitarias mundiales*. Washington, D.C. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <http://iris.paho.org>.

O'Mahen, A., Moberly, J., & Wright, A. (2018). Trajectories of Change in a Group Behavioral Activation Treatment for Severe, Recurrent Depression. *Behavior Therapy* 50(3), 504-514.

O'Mahen, H. A., Wilkinson, E., Bagnall, K., Richards, D. A., & Swales, A. (2017). *Shape of change in internet based behavioral activation treatment for depression. Behaviour Research and Therapy*, 95, 107–116. doi: 10.1016/j.brat.2017.05.011

Parker, R. I., & Vannest, K. (2009). *An Improved Effect Size for Single-Case Research: Nonoverlap of All Pairs. Behavior Therapy*, 40(4), 357–367. doi: 10.1016/j.beth.2008.10.006

Parker, R. I., Vannest, K. J., Davis, J. L., & Sauber, S. B. (2011). Combining nonoverlap and trend for single-case research: Tau-U. *Behavior Therapy*, 42(2), 284-299.

- Pérez, M. (2007). La Activación Conductual y la Desmedicalización de la Depresión. *Papeles del Psicólogo*, 28 (2), 97-110. Recuperado de:
<http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1474.pdf>
- Posada, J. (2013). La Salud Mental en Colombia. *Biomédica*, 33 (4), 497-498. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/bio/v33n4/v33n4a01.pdf>
- Puspitasari, A., Kanter, J. W., Murphy, J., Crowe, A., & Koerner, K. (2013). *Developing an online, modular, active learning training program for behavioral activation. Psychotherapy*, 50(2), 256–265. doi:10.1037/a0030058
- Ramírez-Ortiz, J., Castro-Quintero, D., Lerma-Córdoba, C., Yela-Ceballos, F., & Escobar-Córdoba, F. (2020). Consecuencias de la pandemia COVID-19 en la salud mental asociadas al aislamiento social. Recuperado de:
<https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/303/358>
- Reyes, PA., Uribe, JI., & Bianchi, JM. (2019). Effectiveness of a Single Session Protocol of Behavioral Activation in College Students with Depressive Symptomatology. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 19, 1, 5-14.
- Román, F., Santibáñez, P., & Vinet, E. (2016). Uso de las escalas de depresión ansiedad estrés (DASS-21) como instrumento de tamizaje en jóvenes con problemas clínicos. *Acta de Investigación Psicológica*, 6(1), 2325-2336. doi: 10.1016/s2007-4719(16)30053-9
- Rosello, J., & Bernal, G. (2007). Treatment Manual for Cognitive Behavioral Therapy for Depression. Adaptation for Puertorican Adolescents. *Rio Piedras: University of Puerto Rico*.

- Ruiz, F. J., García-Martín, M. B., Suárez-Falcón, J. C., & Odriozola-González, P. (2017). The hierarchical factor structure of the Spanish version of Depression Anxiety and Stress Scale - 21. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 17, 97-105
- Ruggiero, K. J., Morris, T. L., Hopko, D. R., & Lejuez, C. W. (2007). Application of Behavioral Activation Treatment for Depression to an Adolescent with a History of Child Maltreatment. *Clinical Case Studies*, 6(1), 64
78.doi:10.1177/1534650105275986
- Sánchez, J. (2002). Psicología de los Grupos. Teorías, Procesos y Aplicaciones. Bogotá: Ed McGraw Hill
- Sanz, J., & García-Vera, M. P. (2015). Técnicas para el análisis de diseños de caso único en la práctica clínica: ejemplos de aplicación en el tratamiento de víctimas de atentados terroristas. *Clínica y Salud*, 26(3), 167-180.
- Sihag, A., & Kumar, R. (2020). Coping with Psychosocial and Political Issues of COVID-19 Pandemic: Moderating Effect of Media. *Purakala with ISSN 0971-2143 is an UGC CARE Journal*, 31(27), 48-54.
- Snarski, M., Scogin, F., DiNapoli, E., Presnell, A., McAlpine, J., & Marcinak, J. (2011). The effects of behavioral activation therapy with inpatient geriatric psychiatry patients. *Behavior Therapy*, 42(1), 100-108.
- Soares, A. A. (2017). Patient empowerment can lead to improvements in health-care quality. *World Health Organization. Bulletin of the World Health Organization*, 95(7), 489.

- Tejedor, D., & García-Tellado, F. (2007). *Chemo-differentiating ABB' multicomponent reactions. Privileged building blocks. Chem. Soc. Rev.*, 36(3), 484–491. doi:10.1039/b608164a
- Üstün, T. B., Ayuso-Mateos, J. L., Chatterji, S., Mathers, C., & Murray, C. J. L. (2004). Global burden of depressive disorders in the year 2000. *British Journal of Psychiatry*, 184(05), 386–392. doi:10.1192/bjp.184.5.386
- Valderrama-Díaz, M. A., Bianchi-Salguero, J. M., & Villalba- Garzón, A. A. (2016). Validación de la Environmental Reward Observation Scale (EROS) en población colombiana. *Universitas Psychologica*, 15 (4).
<http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy15-4.vero>
- Vélez, M., & Carrascal, P. (2017). Salud mental en el trabajo: entre el sufrimiento en el trabajo y la organización saludable. *Katharsis*, (23), 189-217.
- Willner, P., Scheel-Krüger, J., & Belzung, C. (2013). The neurobiology of depression and antidepressant action. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 37(10), 2331–2371. doi: 10.1016/j.neubiorev.2012.12.007
- Wind, T., Rijkeboer, M., Andersson, G., & Riper, H. (2020). The COVID-19 pandemic: The ‘black swan’ for mental health care and a turning point for e-health. *Internet interventions*.
- Yerramilli, S., & Bipeta, R. (2012). Economics of mental health: Part I-economic consequences of neglecting mental health-an Indian perspective. *Andhra Pradesh Journal of Psychological Medicine*, 13(2), 80-86. Doi
 `10.1080/17542863.2018.1442869

Zung, W. (1965). *A Self-Rating Depression Scale*. *Archives of General Psychiatry*, 12(1), 63. doi:10.1001/archpsyc.1965.01720310065008

Anexo 2. EROS.

Environmental Reward Observation Scale (EROS)
Versión colombiana

A continuación, se presenta un listado de enunciados que son característicos de algunas personas. Señale con una X el grado en que cree que tales enunciados le caracterizan a usted, basándose en la siguiente escala:

1 corresponde a **TOTALMENTE EN DESACUERDO**

2 corresponde a **EN DESACUERDO**

3 corresponde a **DE ACUERDO**

4 corresponde a **TOTALMENTE DE ACUERDO**

El tiempo aproximado de respuesta a la prueba es de 5 minutos, **por favor verifique haber marcado la totalidad de los ítems.**

	1	2	3	4
1 Muchas actividades de mi vida son agradables.				
2 Últimamente, me he dado cuenta de que las cosas que hago me hacen infeliz.				
3 En general, estoy satisfecho con la forma en que empleo mi tiempo.				
4 Me resulta fácil encontrar actividades que me permitan disfrutar mi vida.				
5 Otras personas parecen tener vidas más plenas.				
6 Ya no me resultan gratificantes actividades que antes me agradaban.				
7 Desearía encontrar más actividades que me divirtiesen.				
8 Estoy satisfecho con mis logros.				
9 Mi vida es aburrida.				
10 Las actividades en las que hago parte, normalmente salen bien.				

Anexo 3. Escala ZUNG para la depresión.

ESCALA AUTOAPLICABLE DE ZUNG

Sexo: M _ F _
 Edad: _____
 Semestre: _____

Cuéntanos cómo te has sentido últimamente, calificando las siguientes frases
 1= Nada ó pocas veces; 2= Algunas veces; 3= Muchas veces; 4= La mayoría de las veces o siempre

1. Me siento abatido, desanimado y triste	_ 1 _ 2 _ 3 _ 4
2. Por la mañana es cuando mejor me siento	_ 1 _ 2 _ 3 _ 4
3. Tengo ataques de llanto o deseo de llorar	_ 1 _ 2 _ 3 _ 4
4. Tengo problemas de sueño durante la noche	_ 1 _ 2 _ 3 _ 4
5. Como igual que antes	_ 1 _ 2 _ 3 _ 4
6. Disfruto al mirar, conversar y estar con mujeres/hombres atractivos	_ 1 _ 2 _ 3 _ 4
7. Noto que estoy perdiendo peso	_ 1 _ 2 _ 3 _ 4
8. Tengo problemas de estreñimiento	_ 1 _ 2 _ 3 _ 4
9. Mi corazón late más rápido de lo acostumbrado	_ 1 _ 2 _ 3 _ 4
10. Me canso sin motivo	_ 1 _ 2 _ 3 _ 4
11. Mi mente esta tan despejada como siempre	_ 1 _ 2 _ 3 _ 4
12. Me resulta fácil hacer todo lo que solía hacer	_ 1 _ 2 _ 3 _ 4
13. Me encuentro intranquilo y no puedo estar quieto	_ 1 _ 2 _ 3 _ 4
14. Tengo esperanzas en el futuro	_ 1 _ 2 _ 3 _ 4
15. Soy mas irritable que de costumbre	_ 1 _ 2 _ 3 _ 4
16. Tomo las decisiones fácilmente	_ 1 _ 2 _ 3 _ 4
17. Siento que soy útil y necesario	_ 1 _ 2 _ 3 _ 4
18. Siento que mi vida está completa	_ 1 _ 2 _ 3 _ 4
19. Siento que los demás estarían mejor sin mí, si estuviere muerto	_ 1 _ 2 _ 3 _ 4
20. Sigo disfrutando con lo que hacia	_ 1 _ 2 _ 3 _ 4

Anexo 4. BADS.

Anexo 3 BADS versión adaptada Bogotá y su área metropolitana

Escala de activación conductual para la depresión (BADS)

Por favor, lea con atención cada frase y rodee con un círculo el número que mejor refleje su situación durante la semana pasada, incluyendo el día de hoy.

		Completamente en desacuerdo					Completamente de acuerdo				
1.	Permanecí en la cama por mucho tiempo, aunque sabía que tenía cosas pendientes	0	1	2	3	4	5	6			
2.	Tenía ciertas cosas que hacer y no las hice	0	1	2	3	4	5	6			
3.	Estoy contento por el tipo y la cantidad de cosas que hice	0	1	2	3	4	5	6			
4.	Me comprometí a hacer una serie de actividades amplia y variada.	0	1	2	3	4	5	6			
5.	Acerté en mis decisiones sobre el tipo de actividades y situaciones en las que participé	0	1	2	3	4	5	6			
6.	No paré, y aun así no cumplí con ninguna de las metas que me había puesto para cada día	0	1	2	3	4	5	6			
7.	Fui dinámico y cumplí las metas que me había fijado	0	1	2	3	4	5	6			
8.	La mayor parte de lo que hice fue para escapar o evitar lo que me fastidiaba	0	1	2	3	4	5	6			
9.	Hice cosas para evitar la tristeza y otras emociones dolorosas	0	1	2	3	4	5	6			
10.	Traté de no pensar en ciertas cosas	0	1	2	3	4	5	6			
11.	Hice cosas a pesar de que me costaron, ya que se relacionan con mis objetivos a largo plazo	0	1	2	3	4	5	6			
12.	Llevé a cabo una tarea ardua, pero que valía la pena.	0	1	2	3	4	5	6			
13.	Pasé mucho tiempo pensando una y otra vez en mis problemas.	0	1	2	3	4	5	6			
14.	Gasté tiempo tratando de encontrar algún modo de resolver cierto problema, pero no llegué a poner en práctica ninguna de las posibles soluciones	0	1	2	3	4	5	6			
15.	Con frecuencia perdí tiempo pensando en mi pasado, en gente que me había herido, en errores que había cometido, o en lo malo de mi vida.	0	1	2	3	4	5	6			
16.	No vi a ninguno de mis amigos.	0	1	2	3	4	5	6			
17.	Estuve encerrado en mí mismo y callado, incluso con gente a la que conozco bien.	0	1	2	3	4	5	6			
18.	No socialice, a pesar de las oportunidades que tuve para serlo.	0	1	2	3	4	5	6			
19.	Aleje a la gente con mi negatividad	0	1	2	3	4	5	6			
20.	Hice cosas para aislarme del resto de la gente	0	1	2	3	4	5	6			
21.	Le quite tiempo a las clases / al trabajo / sencillamente porque estaba muy cansado o no me sentía con ganas de ir.	0	1	2	3	4	5	6			
22.	Mi trabajo / deberes / obligaciones / responsabilidades se vieron afectados porque me faltó la energía que necesitaba	0	1	2	3	4	5	6			
23.	Organicé mis actividades diarias	0	1	2	3	4	5	6			
24.	Me ocupé sólo de actividades que me distrajeran lo suficiente como para no sentirme mal	0	1	2	3	4	5	6			
25.	Me empecé a sentir mal cuando otros me hablaron de sentimientos y experiencias negativas	0	1	2	3	4	5	6			

Anexo 5. DASS 21.

DASS-21

Por favor lea las siguientes afirmaciones y coloque un círculo alrededor de un número (0, 1, 2, 3) que indica en qué grado le ha ocurrido a usted esta afirmación durante la semana pasada. La escala de calificación es la siguiente:

0: No me ha ocurrido; 1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo; 2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo; 3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.

1.	Me ha costado mucho descargar la tensión	0	1	2	3
2.	Me di cuenta que tenía la boca seca	0	1	2	3
3.	No podía sentir ningún sentimiento positivo	0	1	2	3
4.	Se me hizo difícil respirar	0	1	2	3
5.	Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas	0	1	2	3
6.	Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones	0	1	2	3
7.	Sentí que mis manos temblaban	0	1	2	3
8.	He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía	0	1	2	3
9.	Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	0	1	2	3
10.	He sentido que no había nada que me ilusionara	0	1	2	3
11.	Me he sentido inquieto	0	1	2	3
12.	Se me hizo difícil relajarme	0	1	2	3
13.	Me sentí triste y deprimido	0	1	2	3
14.	No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo....	0	1	2	3
15.	Sentí que estaba al punto de pánico	0	1	2	3
16.	No me pude entusiasmar por nada.....	0	1	2	3
17.	Sentí que valía muy poco como persona	0	1	2	3
18.	He tendido a sentirme enfadado con facilidad	0	1	2	3
19.	Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico	0	1	2	3
20.	Tuve miedo sin razón	0	1	2	3
21.	Sentí que la vida no tenía ningún sentido	0	1	2	3